

**INSTITUTO SUPERIOR DE GESTÃO  
MESTRADO EM GESTÃO**

**ALBA MARIA CRESCENCIO CALDAS**

**POTENCIALIDADES E LIMITES DA INSERÇÃO DO PROCESSO DE  
CONTRATUALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO E  
GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE**

Lisboa  
2013

ALBA MARIA CRESCENCIO CALDAS

**POTENCIALIDADES E LIMITES DA INSERÇÃO DO PROCESSO DE  
CONTRATUALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO E  
GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado  
em Gestão para fins de obtenção do título de  
Mestre em Gestão, orientada pelo Professor  
Dr. Miguel Abreu Varela.

Lisboa  
2013

## RESUMO

O objetivo geral deste trabalho foi caracterizar e analisar as potencialidades e limites da inserção do processo de contratualização no planejamento e gestão de hospitais no Estado de Alagoas. Aplicou-se questionário em um hospital de ensino e um hospital filantrópico. Observou-se uma forte causalidade entre a inserção da contratualização e o avanço das variáveis inserção na rede de serviços de saúde e mudança no perfil organizacional, uma vez que as instituições apresentaram tendência em especialização da assistência de maior complexidade, apesar da queda do nível de produção registrado nos sistemas oficiais. Constatou-se uso adicional de mecanismos qualificadores da performance organizacional a partir da implementação dos arranjos contratuais. Em relação à dimensão do hospital e os resultados do modelo, observou-se que a instituição de maior porte apresentou um arranjo contratual mais estruturado bem como alguma estrutura de acompanhamento das metas e indicadores. Observou-se a necessidade de alguns ajustes no processo de contratualização; em ambos os hospitais a percepção dos dirigentes foi positiva quanto à sua inserção como instrumento de melhoria da gestão, uma vez que proporcionou a busca pela capacitação e qualificação dos dirigentes bem como a implantação de sistemas automatizados de controle e avaliação de desempenho. Na qualificação da assistência, este processo fomentou a estruturação de serviços já existentes bem como a abertura de novos serviços, tendo em vista o histórico de demanda reprimida nos dois cenários.

**Palavras-chave:** contratualização; hospitais; teoria da agência; reestruturação hospitalar.

## ABSTRACT

The aim of this study was to characterize and analyze the strengths and limitations of the insertion of the contracting process in the planning and management of hospitals in the state of Alagoas. Applied questionnaire in two hospitals, a teaching hospital and a philanthropic hospital, there was a strong causality between the insertion and advancement of the contracting variables entering the network of health services and organizational change in the profile, since the institutions tended expertise in the care of greater complexity, despite the drop in production levels recorded in the official systems. It found use additional mechanisms qualifiers organizational performance through the implementation of the contractual arrangements. In relation to the size of the hospital and the model results, it was observed that the larger institution presented a contractual arrangement as well as some more structured framework for monitoring targets and indicators; in both hospitals the perception of leaders was positive as the insertion of contracting as a tool for improving the management, as provided by the search capacity and qualification of directors as well as the deployment of automated control and performance evaluation. In quality of care, the leaders noted that this process promoted the structuring of existing services and the opening of new services, given the history restrained demand in both scenarios.

**Keywords:** contracting; hospitals; agency theory; hospital restructuring.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus todo poderoso, que me protege e me guia todos os dias de minha vida.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pelos exemplos de vida, retidão e fé.

Aos meus irmãos Alfredo, Aloísio, Almir e Alda pelo apoio dado em momentos difíceis e pelo privilégio de aprender a viver e perseverar no bem.

Aos meus sobrinhos, em Especial Lucas e Francisco, pela ajuda cuidadosa e imediata sempre que solicitada.

A Lenildo, Letícia e Alice, pelo amor, carinho, compreensão e força com as quais me motivaram a persistir e conquistar, sempre.

Ao professor Miguel Abreu Varela pela orientação deste trabalho.

A todos os professores do Curso de Especialização com acesso ao Mestrado em Gestão - Forum (Piauí-Brasil) e ISG (Portugal).

Aos meus amigos Inêz Carneiro, Kelly Vianna, Marcelo de Freitas, Simone Oliveira e Márcia Rebelo, pelo apoio valioso, decisivo e constante.

Aos diretores Duílio Marsiglia e Paulo Teixeira pelo incentivo e exemplo de profissionalismo e dedicação ao serviço público.

A todos meus colegas do HUPAA pela satisfação da convivência diária.

À banca examinadora, pelas relevantes sugestões e contribuições a este trabalho.

A todos aqueles que, pela presença ou ausência, ajudaram-me a crescer durante esse processo.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fontes de financiamento da atenção hospitalar no ano de 2002 .....	39
---	----

### LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gasto com saúde, 1995 e 2004 .....	42
Tabela 2 - Número de leitos existentes e leitos SUS no HE e no HF (2012) .....	66
Tabela 3 - Serviços de alta complexidade e estratégicos no HE e no HF (2012) .....	67
Tabela 4 - Produção por grupo de procedimentos em 2006 a 2012 no HE e HF .....	67
Tabela 5 - Indicadores hospitalares em 2006 a 2012 no HE e HF .....	68
Tabela 6 - Alterações observadas no perfil assistencial, na produção e nos indicadores hospitalares entre 2006 a 2012 no HE e HF .....	69
Tabela 7 - Mecanismos qualificadores da <i>performance</i> assistencial e a relação com a contratualização segundo os dirigentes do HE e HF (2012) .....	72
Tabela 8 - Mecanismos qualificadores da gestão e a relação com a contratualização segundo os dirigentes do HE e HF (2012) .....	74
Tabela 9 - Mecanismos qualificadores do planejamento e a relação com a contratualização segundo os dirigentes do HE e HF (2012) .....	75
Tabela 10 - Sistemas de informações existentes automatizados segundo os dirigentes do HE e HF (2012) .....	75
Tabela 11 - Indicadores monitorados regularmente segundo os dirigentes do HE e HF (2012) .....	76
Tabela 12 - Práticas e incentivos de Recursos Humanos segundo os dirigentes do HE e HF (2012) .....	78
Tabela 13 - Caracterização do processo de contratualização segundo os dirigentes do HE e HF (2012) .....	80
Tabela 14 - Composição dos recursos, condições de repasse dos recursos e ocorrência do não cumprimento das metas do convênio segundo os dirigentes do HE e HF (2012) .....	81
Tabela 15 - Responsáveis pelo monitoramento do POA e orçamento no hospital segundo os dirigentes do HE e HF (2012) .....	82

## LISTA DE SIGLAS

AC - Alta Complexidade;  
AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida;  
AIH - Autorização de Internação Hospitalar;  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar;  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária ;  
CDI - Coordenação de Desenvolvimento Institucional;  
CIG - Coordenação de Informações Gerenciais e Ambulatório Geral;  
CNASS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde;  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS - Conselho Nacional de Saúde;  
CONASSEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;  
CONSUNI - Conselho Universitário;  
CSP - Cuidados de Saúde Primários;  
DC – Diretrizes Clínicas;  
DRG - Grupo de Diagnósticos Relacionados;  
EPE - Entidade Pública Empresarial;  
EPS - Etablissement Public Santé;  
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação;  
FGV - Fundação Getúlio Vargas;  
FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa;  
FMI - Fundo Monetário Internacional;  
FT - Foundations Trusts;  
GDH - Grupos de Diagnósticos Homogêneos;  
HE – Hospital de Ensino  
HF – Hospital Filantrópico  
IAC - Incentivo à Contratualização;  
IAPI - Incentivo de Apoio à População Indígena;  
IFES - Instituição de Ensino Superior;  
INTEGRASUS - Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde;  
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;  
MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia;  
MEC - Ministério da Educação;  
MF - Ministério da Fazenda;  
MPOG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;  
MPP - Mecanismos de Pagamento a Prestadores;  
MS - Ministério da Saúde;  
NGP - Nova Gestão Pública;  
NHS - National Health Service;  
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; o mesmo que OECD.  
OMS - Organização Mundial de Saúde; o mesmo que WHO.  
OSS - Organizações Sociais de Saúde;  
PCT - Primary Care Trusts;  
PDRAE - Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado;  
PIB - Produto Interno Bruto;  
POA - Plano Operativo Anual;  
PRHE - Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários.  
PRS - Plano Regional de Saúde;  
PNCQ - Programa Nacional de Controle da Qualidade;  
PSA - Acordo de Serviço Público;

QUALISUS-REDE - Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde;  
REHUF - Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais de Ensino;  
RJU - Regime Jurídico Único;  
SA - Sociedade Anônima;  
SHA - Service Health Authorities  
SIA - Sistema de Informações Ambulatorial;  
SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira;  
SNS - Serviço Nacional de Saúde;  
SUS - Sistema Único de Saúde;  
TGS - Teoria Geral dos Sistemas;  
TI - Taxa de Infecção;  
TM - Taxa de Mortalidade;  
TMP - Tempo Médio de Permanência;  
TO - Taxa de Ocupação;  
UFAL – Universidade Federal de Alagoas;  
UCI – Unidade de Cuidados Intermediários;  
UNICEF - United Nations Children's Fund;  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva; e  
VISA - Vigilância Sanitária;



## SUMÁRIO

<b>INSTITUTO SUPERIOR DE GESTÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>MESTRADO EM GESTÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1 INTRODUÇÃO .....	9
1.2 TEMA .....	11
1.4 OBJETIVO .....	13
1.5 JUSTIFICATIVA .....	14
<b>2. PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>	<b>16</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>28</b>
3.1 TEORIA DA AGÊNCIA E OS ARRANJOS CONTRATUAIS .....	28
3.2 NOVA GESTÃO PÚBLICA .....	30
3.3 SISTEMAS DE SAÚDE .....	33
3.5 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: ESPECIFICIDADES, GESTÃO E DESEMPENHO (OU ESPECIFICIDADES E DESAFIOS) .....	51
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>59</b>
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	59
4.2 UNIVERSO DA PESQUISA.....	61
4.4 COLETA DE DADOS .....	61
4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS .....	62
4.6 LIMITAÇÕES DO PRESENTE ESTUDO.....	62
4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	62
<b>5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS .....</b>	<b>63</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS .....	63
5.1.1 Identificação do hospital .....	64
5.1.2 Perfil, produção assistencial e mecanismos de inserção na rede e a relação com a contratualização .....	64
5.1.3 Mecanismos qualificadores da performance assistencial e relação com a contratualização.....	69
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO .....	79
5.2.1 Componentes do processo de contratualização.....	79
5.2.2 Aspectos facilitadores, dificuldades, benefícios e proposições de ajuste à contratualização.....	82
<b>6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>94</b>
<b>DECLARAÇÃO .....</b>	<b>94</b>
<b>DATA: ____/____/____ .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>95</b>
<b>DECLARAÇÃO .....</b>	<b>95</b>
<b>DATA: ____/____/____ .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO IV .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO V.....</b>	<b>98</b>

# 1. APRESENTAÇÃO

## 1.1 Introdução

O presente estudo aborda a aplicação dos arranjos contratuais como ferramenta para modernização e melhoria da prestação de serviços e da eficácia da gestão pública. Este tema é observado amplamente na literatura científica atual, assim como a designação arranjo contratual que também é encontrado sob a forma de "contrato de gestão", "contrato programa", "contrato de metas", "contratualização", "relações contratuais", "*contracting*", "*performance-based contracting*" e "*contractual approach*" (Machado & Kuchenbecker, 2007; Perrot, 2006; World Bank, 2008; Perdicaris, 2009, 2012; La Forgia e Couttelenc, 2009; e Lima, 2009).

A adoção de arranjos contratuais tem sido observada tanto nos países centrais como naqueles em desenvolvimento como alternativa para a melhoria dos resultados nas áreas de assistência pública em saúde, segurança e educação, com o objetivo de aumentar a capacidade operacional da rede, a cobertura de serviços, e eficiência na gestão (Perrot, 2006; Heyer, 2011).

No Brasil, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), instituído pelo Governo Federal em 1995, definiu novas diretrizes de governança relacionadas ao papel do Estado. Como forma de aumentar a capacidade administrativa, limitou a ação do Estado “àquelas funções que lhes são próprias” (Brasil, 1995, p.45), separando-as das atividades não exclusivas do Estado e atividades produtivas relacionadas à economia de mercado.

A reforma da administração pública brasileira constitui uma resposta às novas exigências econômicas para atuação do Estado. Nesse contexto, apresentou propostas baseadas na aplicação de arranjos contratuais e uso de indicadores de desempenho que possibilitem não somente o acompanhamento de resultados de forma mais transparente e efetiva, mas também a melhoria dos serviços públicos (Perdicaris, 2009, 2012; Lima, 2009).

O emprego de contrato de gestão em instituições de hospitalares públicas no Brasil ocorreu inicialmente no Estado de São Paulo, durante a década de 1990, em hospitais administrados por Organizações Sociais de Saúde (OSS). A federação adotou a pactuação contratual em organizações de saúde em 2004, com o advento do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, e no ano seguinte, o Programa de Reestruturação e contratualização dos Hospitais Filantrópicos.

Nesse sentido, foram seguidas conjuntamente com a formulação do contrato algumas mudanças no modelo de gestão, tais como: perfil institucional voltado exclusivamente à assistência de média e alta complexidade; ênfase na formação profissional em saúde, educação permanente, qualificação da gestão; e desenvolvimento e avaliação tecnológica em saúde e gestão, sendo este último requisito aplicado apenas nos hospitais de ensino (Brasil, 2012).

O processo de contratualização foi o eixo central desses programas. A introdução lógica contratual embasou a pactuação de metas assistenciais e qualitativas como instrumento base para a avaliação, controle, regulação e financiamento dos serviços. Por outro lado, a política de reestruturação dos hospitais buscou a ampliação dos mecanismos de participação e controle social, princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destarte, ambos os programas previam a pactuação das metas nas áreas: assistencial; formação profissional e educação permanente; qualificação da gestão; e desenvolvimento e avaliação de tecnologias em saúde e na gestão – sendo esta última exclusiva para os hospitais de ensino (Brasil, 2012).

Neste processo foram definidos entre os gestores de saúde e os hospitais não apenas metas assistenciais, mas também metas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, como ações de humanização da assistência em saúde, qualificação da gestão e incentivos às ações de educação permanente e realização de pesquisa na área do SUS, bem como a formação de mecanismos de monitoramento integrado entre gestores e prestadores, como a constituição de Comissões de Acompanhamento do convênio.

Alguns fatores são considerados fundamentais para consolidação desse processo, tais como: o investimento na melhoria da gestão (dos hospitais e secretarias de saúde); aprimoramento dos modelos de contratos e sistemas de incentivos ao cumprimento de metas; aumento dos valores dos contratuais; e melhoria os mecanismos de prestação de contas e acompanhamento de metas (Lima, 2009; Perdicaris, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) possui cadastrados 131 (cento e trinta e um) Hospitais de Ensino (HE) e 633 (seiscentos e trinta e três) Hospitais Filantrópicos (HF), totalizando 42.611 (quarenta e dois mil, seiscentos e onze) leitos e 56.308 (cinquenta e seis mil, trezentos e oito) leitos (MS, 2012), respectivamente.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2012, o Estado de Alagoas possuía apenas 1 (um) HE e 8 (oito) HFs, totalizando 202 (duzentos e dois) leitos e 1.006 (mil e seis) leitos, respectivamente.

Este projeto tem como objeto de estudo a investigação dos fatores condicionantes da inserção do processo de contratualização no planejamento e gestão dos hospitais, para isso, serão analisadas uma instituição de saúde de ensino e uma instituição de saúde filantrópica.

Utilizou-se como base teórica a Teoria da Agência, teoria de governança que trata das transações sociais estabelecidas entre os agentes econômicos com objetivo de pactuar atividades, processos e indicadores, tendo em vista a melhoria da *performance* organizacional.

Aplicou-se o questionário apresentado em Lima (2009) em dois hospitais, um hospital de ensino, inserido no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, e um hospital filantrópico, inserido no Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos também no SUS.

## 1.2 Tema

A escolha do tema *contratualização na gestão das organizações hospitalares* foi decorrente dos seguintes fatores:

- O uso de arranjos contratuais em sistemas de saúde tem se mostrado como uma tendência nas últimas décadas, e mais recentemente no Brasil;
- A observação dos fatores condicionantes na inserção dos arranjos contratuais é importante para a compreensão dos fenômenos, eventos e consequências inerentes à adoção deste processo;
- Como se trata de um processo em constante evolução faz-se necessário contribuir para a análise dos processos incorridos com vistas ao aprimoramento das ações empreendidas bem como o fortalecimento das diretrizes do Programa; e
- Por se tratar de um processo capacidade de apresentar diversas modalidades, finalidades e agentes participantes, requer atenção e reflexão sobre as composições apresentadas e seus efeitos na rede de atenção.

Ademais, serão estudados os hospitais que aderiram à Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Hospitais Filantrópicos, instituída pelo Governo Federal em 2004, através da adoção do processo de contratualização como instrumento de pactuação de metas e financiamento, no Estado de Alagoas.

Por fim, para avaliar o desempenho organizacional, mudança no perfil de atendimento e evolução da produção assistencial, ter-se-á um estudo longitudinal dos anos de 2004 e 2012. Para definir a profundidade e abrangência da pesquisa, o tema foi demarcado conforme a

seguir: **fatores condicionantes do processo de contratualização na gestão das organizações hospitalares em Alagoas.**

### **1.3 Problema de Pesquisa**

A definição do problema de pesquisa é o marco inicial para a construção do conhecimento científico. Segundo Gil (2010, p. 8), "um problema é de natureza científica quando envolve proposições que podem ser testadas mediante verificação empírica." Dessa maneira, apresenta-se o problema como a pergunta central que guiará toda a pesquisa, e cuja resposta deverá ser apresentada ao final do trabalho.

Adicionalmente, o problema científico tem com propriedades elementares a clareza, precisão, a relevância científica, a faculdade de ser estudado através de investigação sistemática, controlada e crítica, e ainda de ser comprovado empiricamente em seus resultados (Marconi & Lakatos, 2010; Gil, 2010; Prodanov & Freitas, 2013).

Conforme os critérios apresentados anteriormente, o questionamento central desta pesquisa é: **quais os fatores condicionantes na inserção do processo de contratualização no planejamento e gestão dos hospitais?**

A solução para este questionamento pretende contribuir com a melhoria da qualidade e eficácia dos processos contratuais. Por outro lado, "a colocação clara do problema pode facilitar a construção da hipótese central" (Marconi & Lakatos, 2010, p. 159). Assim, como objetivo de nortear a solução do problema apresentado, foram definidas hipóteses.

#### **1.3.1 Hipóteses**

Para Gil (2010, p.17) a hipótese é "uma suposição ou explicação provisória do problema", tendo em vista a possibilidade de comprovação ou de rejeição da relação entre as variáveis relacionadas ao problema. Também considera-se que "hipótese é uma proposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema" (Marconi & Lakatos, 2010, p. 161), e dessa maneira, antecede a comprovação dos fatos, por isso tem uma formulação provisória. Destarte, tem-se como hipótese deste trabalho as seguintes proposições:

***H<sub>1</sub>: O aumento do grau de inserção no sistema de saúde influencia positivamente o processo de contratualização.***

*H<sub>2</sub>: Os mecanismos qualificadores da performance organizacional influenciam positivamente o processo de contratualização.*

*H<sub>3</sub>: A mudança do perfil organizacional, de hospital secundário para hospital terciário, influencia positivamente o processo de contratualização.*

*H<sub>4a</sub>: É expectável que a dimensão do hospital leve a diferentes respostas de modelo.*

*H<sub>4b</sub>: É expectável que o tipo de governança leve a diferentes respostas de modelo.*

Na pesquisa foram relacionadas as seguintes variáveis:

- Contratualização - variável dependente.
- Inserção no sistema de saúde - independente;
- Caracterização do contrato - independente;
- Mecanismos qualificadores da *performance* organizacional - independente
- Dimensão do hospital - moderadora.

## **1.4 Objetivo**

O objetivo geral deste trabalho reflete os fenômenos, eventos e ideias estudadas na fundamentação teórica.

### ***1.4.1 Objetivo geral:***

Caracterizar e analisar as potencialidades e limites da inserção do processo de contratualização no planejamento e gestão de hospitais no Estado de Alagoas.

### ***1.4.1 Objetivos específicos:***

- identificar as alterações no grau de inserção dos hospitais contratualizados na rede assistencial de saúde pública e na Política de Reestruturação Hospitalar;
- identificar alterações no perfil organizacional, nível de produção e nos indicadores de desempenho desses hospitais;
- identificar a relação entre a implementação do processo de contratualização e adoção de mecanismos qualificadores da assistência e da gestão desses hospitais;

- caracterizar o processo de contratualização entre os hospitais e respectivas secretarias municipais no tendo como por base as recomendações dos Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e dos Hospitais Filantrópicos; e
- identificar a relação entre a dimensão do hospital e os resultados do modelo.

Não se estabeleceu como objeto deste trabalho as atividades relacionadas ao ensino, formação profissional, educação permanente e produção de pesquisa e avaliação tecnológica em saúde, as quais estão inseridas também como diretrizes do Programa estudado.

## **1.5 Justificativa**

A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos, instituída no Brasil a partir de 2004, vem sendo analisada e discutida nos últimos anos tendo em vista a importância destas instituições no sistema de saúde nacional (Machado & Kuchenbecker, 2007; World Bank, 2007; FGV, 2008; La Forgia & Couttelenc, 2009; Perdicaris, 2009, 2012; Lima, 2009; MS, 2012).

Nesse sentido, observaram-se resultados positivos quanto à mudança de perfil destas instituições, visto que se consolidaram como unidades referências para a rede de serviços do SUS em assistência de média e alta complexidade, aumentando e diversificando a oferta de procedimentos. Adicionalmente, observou-se melhoria no padrão de gerencial e organizacional, com a introdução de mecanismos de controle e avaliação de desempenho e prestação de contas como parte integrante da lógica contratual instituída.

Por outro lado, os autores observaram iminentes aspectos a serem corrigidos como forma de aprimorar o processo e consolidá-lo como fundamento da política nacional da saúde, sendo estes os principais: investimento na profissionalização dos gestores, em mecanismos eficazes de monitoramento e avaliação, na sistemática de remuneração de instituições e de profissionais e ainda em redes de apoio ao aprendizado e cooperação (Machado & Kuchenbecker, 2007; World Bank, 2007; FGV, 2008; La Forgia & Couttelenc, 2009; Perdicaris, 2009, 2012; Lima, 2009; MS, 2012).

A adesão ao Programa de Reestruturação Hospitalar em Alagoas ocorreu no ano de 2006 e contou com 10 (dez) instituições de saúde, sendo uma de ensino e nove filantrópicas. Entretanto, neste ínterim não houve estudo específico de acompanhamento e avaliação relativo ao estágio de consolidação deste processo no Estado.

Pretende-se abordar neste trabalho os aspectos relacionados à inserção do programa de reestruturação dos hospitais em Alagoas, no tocante às modificações relacionadas ao grau de inserção na rede, no desempenho organizacional, alterações no perfil organizacional, nível de produção e indicadores de desempenho. E ainda, pretende-se avaliar a relação entre dimensão e tipo de governança com os resultados do modelo.

Nesse sentido, destaca-se que o presente estudo não comporta a análise das demais diretrizes contidas nos referidos programas, relativas às áreas de ensino, formação profissional, educação permanente e produção de pesquisa e avaliação tecnológica em saúde, não sendo estas objetos de análise.



## **2. PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

No Brasil, a reforma da atenção hospitalar instituída em 2004 para enfrentamento dos principais entraves e insuficiências da assistência hospitalar no SUS foi embasada em um conjunto de ações estratégicas focadas na reestruturação do setor. Nesse sentido, foram instituídos os programas de reestruturação de para os HE, Hospitais Psiquiátricos, Hospitais de Pequeno Porte, HF (MS, 2004).

Foram identificados como principais problemas do setor o desequilíbrio na distribuição de leitos. Algumas regiões apresentavam com excesso, enquanto outras, um grande déficit; órgãos gestores e unidades prestadoras com baixo nível de capacidade de gestão; sistema de financiamento inadequado bem como as sistemáticas ultrapassadas de supervisão, controle e avaliação de aplicação dos recursos de saúde; pouca integração e indefinição das atribuições dos hospitais na rede de assistência pública e monitoramento inadequado da produção e qualidade dos serviços assistenciais (MS, 2004; La Forgia e Couttelenc, 2009).

O Programa de Reestruturação Hospitalar, cujo cerne era o de fomentar a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares tinha com principais eixos norteadores a garantia de acesso vinculada ao aumento da cobertura assistencial, o incremento da qualidade dos serviços prestados, inserção da humanização no cuidado, aumento da participação dos hospitais na rede de serviços; a descentralização e a regionalização das ações de saúde; a democratização da gestão; e o aprimoramento do uso de contratos como forma de viabilizar as prerrogativas elencadas bem como combater problemas apresentados (MS, 2004; Machado & Kuchenbecker; 2007).

Para elaboração do programa de reestruturação dos hospitais de ensino, em 2003, foi construída uma comissão interinstitucional com representantes do segmento da saúde no país bem como por representantes MS, Ministério da Educação (MEC), Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT); bem com representantes de instituições de ensino superior, de categorias profissionais, de organizações hospitalares, entre elas docentes e alunos, além do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CNASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASSEMS).

O Programa de Reestruturação dos **Hospitais de Ensino**, instituído através da Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.006 (2004), objetivou a regulamentar e aprimorar a participação destas unidades no SUS e as estratégias apresentadas foram fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS, a seguir:

- Definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviço do SUS;
- Definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do SUS;
- Definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e
- Qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do SUS (Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.006/2004, art. 2).

Para adentrar no programa de reestruturação, estabeleceu-se como critério de seleção aqueles hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), aprovados no processo de Certificação. Esta seleção, partilhada pelos MS e MEC, formulada com 17 critérios de avaliação concedia as instituições aprovadas o *status* de HE.

O processo de certificação destas instituições possibilitou uma avaliação das condições gerais de ensino, em sua maior parte de medicina, graduação e residências médicas, contemplando não somente todo aparato institucional e estrutural de salas de aula, acesso a bibliotecas, equipamentos, acompanhamento docente, entre outros, mas também aspectos relacionados à produção de pesquisas realizadas e aos programas de qualificação de docentes.

A introdução da “contratualização como instrumento de planejamento, organização, controle e regulação”, dos hospitais de ensino representou um marco na mudança no relacionamento entre os gestores públicos, os financiadores de recursos e reguladores da política de atenção à saúde, e as organizações de saúde, executores das ações assistenciais, de ensino e pesquisa em saúde (MS, 2012, p. 15).

Portanto, foram instituídos o Plano Operativo Anual (POA) e o convênio como ferramentas de pactuação das metas assistenciais, metas qualitativas e indicadores de desempenho. O Ministério da Saúde (MS) incorporou recursos financeiros adicionais de incentivo à contratualização ao teto financeiro de assistência ambulatorial e hospitalar (MS, 2012).

Ademais, considera-se ainda como relevante neste processo o fato de que estes hospitais passaram a ter um orçamento composto por uma parte fixa, referente aos procedimentos de média complexidade e incentivos, e outra parte variável, correspondente aos procedimentos de alta complexidade estratégicos realizados (MS, 2012).

O modelo de financiamento adotado foi o de orçamentação global mista, cuja remuneração dos serviços de Alta Complexidade (AC) bem como daqueles referentes ao Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC) começaram a ser remunerados conforme a produção apresentada pelo hospital e aprovados pelo gestor municipal ou estadual. A parte pré-fixa foi composta pelo resultado da média histórica de 12 meses anteriores à assinatura do convênio dos procedimentos de média complexidade somados aos recursos de incentivo de contratualização, FIDEPS, INTEGRASUS, Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos aos Hospitais Universitários, e em caso de existência de entre outros recursos fixos, estes também seriam incorporados ao montante (MS, 2012, p. 16).

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos **Hospitais Filantrópicos** no SUS (Portaria MS n. 1.721/2005) teve como finalidade incrementar a gestão financeira e organizacional destas instituições. Em 2010, aderiram ao programa 41% do total de 3.594 hospitais filantrópicos no país, o que corresponde a cerca de 33% dos leitos de hospitalares do SUS.

Conforme a Portaria MS n. 1.721 (2005) que institui o Programa de Reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS, tinha como pressuposto as seguintes ações estratégicas:

- I - definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;
- II - definição das responsabilidades dos hospitais e gestores na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e
- III - qualificação do processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do Sistema Único de Saúde - SUS (Portaria MS n. 1.721/2005).

Destarte, este processo foi iniciado a partir da formalização da adesão por parte do hospital interessado, assinatura do contrato entre gestor local e a instituição. A inclusão do Incentivo de Adesão a Contratualização (IAC) teve como finalidade financiar ações consideradas prioritárias: a qualificação da gestão; a promoção da educação permanente dos profissionais; e a inserção nas políticas prioritárias de saúde (MS, 2012).

Segundo MS (2012), 85% das instituições que acederam ao programa já finalizaram a etapa da contratualização, ou seja, 648 hospitais, representando um acréscimo de mais de R\$ 214 milhões/ano.

Os HE e HF estão vinculados à rede assistencial do SUS com a publicação de Lei n. 8.080 (1990), que regulamenta as ações e serviços de saúde no Brasil. Nesse sentido, os investimentos realizados pelo governo federal para inserir estas organizações na rede pública de assistência à saúde visavam aproximá-las das necessidades loco-regionais, tendo como parâmetros a qualidade em formação profissional e desenvolvimento de pesquisas,

complexidade dos procedimentos realizados e grau de participação no sistema geral de serviços ofertados (MS, 2012).

O Programa de reestruturação dos HE, criado através da Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.006 (2004) não somente definiu o perfil assistencial como prestadores na assistência de média e alta complexidade, mas também instituiu novos modelos para gestão, desenvolvimento de pesquisa, avaliação tecnológica em saúde e formação profissional (MS, 2012).

Por conseguinte, houve a criação do Programa de reestruturação dos hospitais filantrópicos, através da Portaria Interministerial MS n. 1.721 (2005) teve como objetivo a apoiar a gestão, organização e financiamento, instituiu os processos de adesão e contratualização, além de definir recurso pré-fixado do IAC como parte integrante do orçamento destas instituições (MS, 2012).

O Modelo de inserção na rede do SUS definido tanto para os HE quanto para os HF passou a incluir o Convênio/Contrato e Plano Operativo Anual como instrumentos regulatórios de pactuação com o gestor de saúde local. Enquanto no primeiro incluíram-se os dispositivos legais para exceção das ações, o segundo elencava rol de procedimento e indicadores a serem pactuadas (MS, 2012).

Na literatura, alguns avanços advindos do programa de reestruturação foram ressaltados e avaliados de forma positiva, muito embora, em alguns trabalhos, observaram-se também algumas ressalvas, bem como proposições, pois se trata de um processo que evolui e interage em um ambiente onde as pressões pela modernização organizacional, maior oferta de serviços, e efetividade na prestação de contas, vêm não somente dos governamentais, mas também da sociedade organizada (Machado & Kuchenbecker, 2007; Vecina Neto & Malik, 2007; La Forgia & Couttelenc, 2009; Lima, 2009).

Assim, a *primeira* inovação destacada é a contratualização que foi formulada como uma política de governo, empreendida pelos Ministérios da Educação e da Saúde e apoiada por outros segmentos do governo, órgãos reguladores e representantes do ensino e profissionais de saúde (Lima, 2009). Essa constância de propósito, corrobora a disseminação e o aprimoramento do processo (La Forgia & Couttelenc, 2009).

A *segunda* inovação diz respeito à ênfase dada pelo governo central à nova sistemática de interação entre gestor e prestador, baseada na habilidade de negociação, capacidade de cooperação e poder de comunicação em vista da superação das diferenças, convergência de objetivos e transparência. Dessa maneira, passou a ser de responsabilidade das duas partes a

elaboração, o monitoramento e a avaliação do convênio e POA dos hospitais (Lima, 2009; La Forgia & Couttelenc, 2009; MS, 2012).

A *terceira* inovação é a adoção de um novo modelo de financiamento e transferência dos recursos aos hospitais. Dessa maneira, parte do recurso passou a ser repassada em montantes fixos, englobando o recém-criado IAC, a remuneração dos procedimentos de média complexidade e os demais recursos já repassados antes do programa, o que estimulou a adesão dos hospitais ao programa hospitais. Por outro lado, instituiu um teto orçamentário para os procedimentos de alta complexidade e estratégicos, condicionando o pagamento ao montante produzido no período (Lima, 2009; La Forgia & Couttelenc, 2009; MS, 2012).

Como *quarta* inovação, observa-se a nova sistemática de remuneração pelo desempenho. Dessa maneira, o repasse de parte do recurso para os hospitais passou a ser vinculado ao monitoramento de indicadores e ao alcance de metas, o que fomentou a criação de um sistema de monitoramento de indicadores hospitalares (Lima, 2009; La Forgia & Couttelenc, 2009; MS, 2012).

Como *quinta* inovação, conforme observado em Lima, 2009; La Forgia & Couttelenc, 2009; MS, 2012, os gestores locais (Secretaria Municipais e Estaduais de saúde) passaram a ter maior poder sobre a gestão e regulação do sistema de saúde:

Na lógica da Teoria da Agência conferiu a ela a função de titular do processo, ou seja, aquele que tem uma tarefa a ser realizada, mas que precisa do agente para executá-la, colocando em suas mãos as ferramentas e os recursos para a construção de incentivos de forma a induzir os hospitais a cumprirem o que era necessário e desejado pela secretaria (Lima, 2009, p. 202).

Na *sexta* inovação se observa que o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários (PRHE) investiu no processo de planejamento de gestores e prestadores, obrigando aos primeiros a elaboração de Plano Regional de Saúde (PRS), o qual definia a função de cada unidades assistencial, entre elas a do hospital. Por outro lado, o programa buscou fomentar o planejamento interno do prestador, uma vez que a elaboração do POA exigia o conhecimento prévio do funcionamento do hospital - capacidade operacional, bem como das limitações inerentes a esta instituição (Lima, 2009).

Outro avanço destacado é o investimento feito em novos modelos de prestação de contas e controle interno dos hospitais, cujo desempenho passou a ser submetido às comissões de acompanhamento de convênio, aos conselhos gestores destas instituições, bem como aos conselhos municipais e estaduais de saúde.

No estudo apresentado pelo MS sobre os avanços da contratualização, observa-se ainda: fomento de investimentos na gestão hospitalar; maior representatividade do hospital na rede de serviços de saúde; participação e controle social mais efetivos; bem como maior comprometimento dos profissionais da área (MS, 2012).

Contudo, embora o programa não tenha concedido autonomia de gestão de pessoal aos hospitais, uma vez que se trata de instituições públicas, onde os servidores públicos são subordinados ao Regime Jurídico Único (RJU), por outro lado, permitiu o planejamento e execução de seus recursos financeiros com a composição do orçamento da contratualização (Lima, 2009; La Forgia & Couttelenc, 2009).

Algumas dificuldades foram encontradas na implementação do PRHE, dentre elas *a insuficiente capacidade de gestão das secretarias e hospitais* em lidar com o novo modelo de planejamento, de financiamento e de gestão. Dessa maneira, passou-se a exigir de gestores e prestadores novas habilidades, conhecimentos e estruturas para empreender novas atividades como a elaboração do POA e do convênio, monitoramento de metas e indicadores e avaliação de desempenho.

Duas importantes fragilidades do processo de contratualização residem na prestação de contas e no sistema de incentivos. Os dois importantes pilares da lógica contratual na experiência brasileira da contratualização dos hospitais de ensino ainda estão frágeis, desvirtuando e comprometendo a lógica contratual (Lima, 2009, p. 205).

Outras dificuldades abordadas pela autora são: estimativa inadequada do volume de recursos necessários para operacionalização do POA bem como para execução do sistema de incentivos. Por fim, a autora destaca os aspectos culturais arraigados nos hospitais, traduzidos como a resistência à mudança e a evolução de conflitos internos mediante as novas exigências advindas deste processo.

A Política de Reestruturação dos Hospitais Universitários possui entraves que dificultam sua consolidação, conforme a seguir: "i) a pouca autonomia dos hospitais; ii) número excessivo de indicadores desempenho a serem acompanhados; iii) falta de clareza quanto à vinculação do aumento do volume de recursos a partir da correspondente melhoria no desempenho" (La Forgia & Couttolenc, 2009, p. 157).

Lima (2009) apresenta algumas proposições e ajustes como contributo ao aprimoramento do processo de contratualização. Assim, sugere que seja dada maior atenção ao desenvolvimento da capacidade gerencial e da estruturação organizacional de secretarias e hospitais, em especial, destaca a importância da apuração adequada das informações que servirão de base para a definição de metas e indicadores mais coerentes com a realidade, e

ainda para melhoria do monitoramento e avaliação de desempenho. Dessa maneira, ressalta-se que:

Todo o processo de elaboração, monitoramento e avaliação do POA inclusive da construção dos incentivos associados é fortemente dependente da capacidade de governo – conhecimentos, habilidades e experiência – da secretaria em especial, mas também do hospital. Não é à toa que as contratualizações mais estruturadas foram identificadas em secretarias e hospitais que são gerencialmente mais estruturados (Lima, 2009, p. 206).

Nesse sentido, sugere a partir daí o estabelecimento de um processo de aprendizagem sistematizado e contínuo que envolva o monitoramento, a avaliação e a troca de experiências de todas as dimensões do sistema contratual. Dessa maneira, seriam contempladas em uma matriz com todas as bases de dados já existentes "[...] nos campos assistenciais, de gestão, de ensino, de pesquisa e de avaliação tecnológica dos hospitais e também a estruturação gerencial das secretarias no que se refere especialmente às funções relacionadas ao uso dos arranjos contratuais" (Lima, 2009, p. 220).

Outra proposição apresentada é a necessidade de fortalecimento da capacidade de governo, "conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências que possibilitam melhorar o projeto de intervenção e ganhar governabilidade para sua implementação" (Lima, 2009, p. 210), para que dessa maneira sejam robustecidas as práticas e mecanismos de monitoramento e de avaliação dos convênios/contratos/POA. Para isso, a autora apresenta algumas sugestões, conforme a seguir:

- estruturação das comissões de acompanhamento do convênio e capacitação de seus membros para o domínio da lógica contratual;
- estruturação de apoio técnico das secretarias em vista da construção e manutenção dos processos relacionados aos arranjos contratuais;
- abertura para a participação na comissão de acompanhamento do convênio, representantes das secretarias dos municípios adjacentes; e
- disseminação da sistemática de monitoramento de metas e indicadores dentre os serviços e equipes dos hospitais contratualizados.

A autora ainda sugere que seja feita a revisão da metodologia de estimativa dos valores contratualizados, tanto os que remuneram a produção assistencial, quanto aqueles que remuneram o desempenho da gestão. Defende, pois a necessidade incorporar a remuneração da alta complexidade ao montante prefixado. Dessa maneira, o hospital seria estimulado a responder às demandas da rede, ao mesmo tempo seria dado maior poder de regulação à secretaria.

Outra observação importante diz respeito à necessidade de se instituir um robusto sistema de apuração de custos, em nível nacional, como meio de demonstrar mais fielmente o custo dos processos e atividades previstos no POA bem como as sazonalidades apresentadas na assistência. Dessa maneira, "o repasse de recursos além de vinculado ao desempenho deveria considerar a gravidade dos casos atendidos e ter como base de cálculo os custos das atividades objeto de contratualização" (Lima, 2009, p. 219).

Por outro lado, isso requer também um aprimoramento dos sistemas de informação já existentes. Para isso, faz-se necessário ampliar a base de informações, aprimorar os parâmetros, bem como estabelecer novas opções de análises, tudo isso com o objetivo de refinar o processo de monitoramento das metas e indicadores e ao mesmo tempo contribuir com uma estimativa de recursos mais adequada para os contratos.

A revisão dos sistemas de incentivos deve ser vinculada com as mudanças empreendidas na sistemática de monitoramento e avaliação, uma vez que "se não há uma prestação de contas sobre o desempenho para valer, não há razão para aplicarem-se prêmios e punições, outro importante pilar da lógica contratual comprometido. A perda de credibilidade da aplicação dos incentivos esvazia seu poder de indução" (Lima, 2009, p. 211).

Conforme hipótese levantada em La Forgia e Couttelenc (2009) o incremento contínuo e programado dado ao percentual de remuneração pelo desempenho, incentivaria os hospitais a buscar a melhoria de seus indicadores e alcance de suas metas.

Nesta perspectiva, Lima (2009) observa a necessidade em disseminar internamente nos hospitais o processo de contratualização em que hospital está comprometido, bem como instituir e difundir contratos internos, estimulando a participação e o compromisso de setores e equipes de profissionais, pois:

Os resultados a serem monitorados precisam ser pactuados com os profissionais, pois são eles que melhor conhecem suas possibilidades. Isso não significa abandonar o foco no cliente e a tentativa de se buscar continuamente a melhoria, que seria a perspectiva da direção /titular. Uma vez pactuados os resultados, associá-los a incentivos para que os profissionais de fato se esforcem por alcançá-los. Por isso, o contrato não pode ficar circunscrito a relação do hospital com a secretaria, mas precisa ser disseminado para as relações no interior do hospital entre a direção e serviços e equipes (Lima, 2009, p. 215).

Adicionalmente, a autora sugere que sejam adotados nos Planos Operativos um número factível de indicadores de desempenho com o objetivo de aperfeiçoar o trabalho de monitoramento e análise das comissões de acompanhamento. Mesmo assim, observa-se que os resultados da análise não devem ser considerados como absolutos e definitivos, há de se



contextualizar os processos em virtude da dinâmica do trabalho em saúde, ambiente onde sobrevêm situações imprevistas ou incomuns. Nesse contexto, a atenção especial deve ser dada aos indicadores da qualidade assistencial.

Os avanços obtidos no processo de reestruturação dos HE devem servir de base para a construção de uma política nacional contratualização. Para isso, faz-se necessário o fortalecimento deste processo como política de saúde do Estado, onde sejam empreendidas ações de suporte legal, operacional e financeiro.

Trata-se de um processo em evolução, mas que enfrenta, e necessita substituir, antigas práticas e relações de poder em organizações caracterizadas pela centralização do comando pelas equipes profissionais, em detrimento do comando central. A efetividade e eficácia desse novo processo são condicionadas pela inclusão de práticas de maior responsabilização pelo desempenho e prestação de contas vinculadas aos resultados, o que requer maior compromisso tanto de gestores como dos profissionais, mas também, estão sujeitas à cultura dominante dessas instituições bem como da dinâmica política do sistema.

Segundo Lima (2009, p. 222) "para reformar a gestão pública será necessário além de conhecimento, técnicas e ferramentas, construir coalizões". Nesse contexto, todo alto escalão dos governos federal, estaduais e municipais, em seus ministérios e secretarias, devem estar sensíveis para a centralidade da prática gestão por resultados.

La Forgia e Couttlenc (2009) apresentam algumas contribuições para a consolidação da reforma hospitalar no Brasil. Assim sendo, deliberam como primeira estratégia a criação de um marco estratégico que possibilite o enfrentamento dos principais problemas de qualidade, eficiência e equidade a partir de um conjunto de ações coordenadas entre os poderes e as instâncias políticas do Estado.

Os ainda destacam a necessidade de se incrementar a autonomia, a responsabilização e a governança hospitalar através do desenvolvimento de um novo perfil organizacional e jurídico para os hospitais públicos, convertendo-os em organismos autônomos, inclusive com gestão flexível de recursos humanos, e que "reformas que aumentam a autonomia podem dar aos administradores de hospitais públicos a agilidade para empreender as mudanças necessárias, [...]" (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 389).

Nesse contexto, são observadas as experiências exitosas de conversão já utilizadas não somente no Brasil, mas também nos demais países, nos quais hospitais públicos ganharam mais autonomia gerencial, seja através de mudanças em sua natureza jurídica ou pela alteração do modelo de governança. Esta estratégia necessita ser aplicada em toda rede de

hospitais, não somente em novas instituições. Dessa maneira, espera-se ampliar a abrangência das ações bem como dos resultados.

Ainda neste quesito, os autores observam a necessidade de fortalecer gestão e regulação dos hospitais filantrópicos, através aplicação de contratos, promoção de concorrência entre prestadores.

Outra sugestão apresentada por La Forgia e Couttlenc (2009) é o redesenho do fluxo financeiro e dos mecanismos de pagamento, como meio de estimular a melhoria da qualidade e da eficiência, vinculando-os ao desempenho. Dessa maneira, os autores sugerem a) a adoção do sistema de orçamento global, vinculando-o a incentivos que visem a melhoria da qualidade e eficiência; b) melhor definição das metas contratadas (quantidade e tipo de serviço), bem como maior refinamento dos indicadores de desempenho, vinculando uma parte do pagamento aos resultados obtidos; c) e aprimoramento do sistema AIH/SIA, alinhando-o aos custos reais dos procedimentos e convertendo-o para o do tipo DRG.

A responsabilização real para os hospitais requer mais do que um arranjo de governança e financiamento baseado no desempenho; requer que o papel e as responsabilidades dos hospitais públicos e de seus gestores sejam claramente especificados, de modo que seja claro o que representa o cumprimento dessas obrigações (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 391).

[...] mais isso não basta para motivá-los a usar essa autonomia para melhorar a qualidade e conter custos. A base do financiamento hospitalar, em especial, deve mudar para recompensar essas atitudes positivas (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 389).

Os autores destacam ainda a importância de se fortalecer as estratégias de coordenação da rede serviços, como meio de aprimorar do investimento e planejamento da capacidade instalada. Recomendam a criação e execução de "planos mestres" com a finalidade de controlar e coordenar a assistência em nível de estado e suas sub-regiões; a adoção de uma estratégia nacional para otimização da rede hospitalar, que defina critério de localização, de financiamento para modernização e ampliação da capacidade instalada bem como avaliação e alocação de tecnologia.

Sugere-se também o empreendimento de uma política para melhoria dos padrões de qualidade no sistema de saúde, em especial dos hospitais, através uso de instrumentos de apoio à gestão - "avaliação de desempenho, efetivo trabalho em equipe, uso da tecnologia da informação, incorporação da evidência na prática clínica, e coordenação da assistência dentro do hospital" e para a gestão - "política de contratação de recursos humanos, incentivos nos mecanismos de financiamento do hospital, e pela definição clara em contratos das

responsabilidades administrativas e das expectativas de desempenho" (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 399).

Por outro lado, os autores defendem a importância da adoção de um efetivo programa de avaliação e pontuação nacional das escolas e dos profissionais recém-formados em medicina, como forma de estimular as instituições de melhor desempenho.

Como contribuição os autores defendem a consolidação do ambiente institucional voltado à racionalização dos recursos e a gestão para o desempenho. Dessa maneira, destacam a importância do uso da tecnologia da informação como instrumento de auxílio ao levantamento e apuração de custos, ingresso à informação clínica e na organização e gestão dos prestadores e profissionais de saúde. Adicionalmente, sugerem ações voltadas à modernização das práticas gerenciais, através da capacitação dos gestores hospitalares da rede do SUS bem como a criação de um sistema nacional de acompanhamento da qualidade e eficiência - "*benchmarking e report card*".

Para concluir, os autores referendam o contexto social e político dessa reforma: "[...] isso exigirá liderança forte e constante, esforços coordenados entre os governos federal, estaduais e municipais, envolvimento direto com o setor privado de saúde, visão sistêmica porém contínua, desenvolvimento de políticas e ações consistentes" (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 401).

De forma consistente com a prática do SUS de reformas progressivas e incrementais, a reforma hospitalar deveria ser desenvolvida gradativamente, ancorada em uma política abrangente e vinculada a objetivos e metas de implantação com cronograma (La Forgia & Couttlenc, 2009, pp. 401-402).

No Brasil, qualquer esforço para uma reforma hospitalar exigirá uma política abrangente, bem como ações políticas coordenadas pelos governos federal, estaduais e municipais e pelas partes interessadas do sistema privado. A visão e a política acordadas devem estar comprometidos com uma implantação coordenada e compreender de que modo as peças se encaixam (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 403).

Por outro lado, segundo FGV (2008), alguns desafios da contratualização hospitalar são elencados: 1) forte participação estatal, embasada em uma robusta base jurídica, focada na busca pela eficiência na gestão 2) adoção de gestão por resultados para atender ao mais variado número de objetivos institucionais; 3 e 4) qualidade na elaboração dos contratos, munindo-os de argumentos jurídicos robustos e coerentes, fundamentos logísticos funcionais e efetivos; 5) confiabilidade e tempestividade da informações disponibilizadas para acompanhamento das ações pactuadas; 6) transparência e efetividade na aplicação de benefícios e punições decorrentes dos resultados apresentados pelos prestadores.

Observa-se também a “importância da qualificação dos gestores em vista da melhoria do desempenho de funções, entre elas a habilidade de em se trabalhar com metas e indicadores de desempenho, pautados numa estrutura de planejamento, controle e prestação de contas” (FGV, 2008, p. 52).

Não ocorrerá um avanço significativo e substancial na modelagem de contratualização no âmbito do SUS, sem que haja a definição de direcionamento unificado, sem perder a dimensão geográfica e política do Sistema, permitindo assim as adequações necessárias a cada esfera de forma consensual e interfederativa (FGV, 2008, p. 57).

Segundo MS (2012), a consolidação do Programa de Reestruturação Hospitalar dos HFs possibilitou a substituição dos modelos de gestão e financiamento destas instituições, ao definir uma nova missão em consonância com a busca por maior eficiência, otimização dos fatores produtivos e melhoria da atenção à saúde. Dessa maneira, são relacionados alguns aspectos positivos tais como: a modernização da gestão; maior proximidade entre gestor e prestador bem como participação não rede de assistência; simplificação dos processos de planejamento, regulação, controle e avaliação da rede; e maior regularidade do repasse de recursos aos prestadores.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Teoria da Agência e os Arranjos Contratuais**

O propósito das teorias de governança é apresentar as melhores alternativas para o aumento da eficiência geral dos fatores e o alcance do equilíbrio econômico, contextualizando o comportamento dos agentes no ambiente de mercado aos quais estão vinculados (Lima, 2009; Alves, 2011).

Como referência inicial para o estudo das teorias de governança, tem-se a Teoria Neoclássica, cujo propósito é o estudo dos fatores determinantes da eficiência dos mercados, da intervenção do Estado na economia bem como da confiança dos agentes econômicos na tomada de decisões (Lima, 2009; Alves, 2011).

Para a Teoria Neoclássica, as causas da ineficiência de mercado estão relacionadas à problemas em sua estrutura de funcionamento: tipo de concorrência – concorrência imperfeita (monopólio, oligopólio e concorrência monopólica) ou ausência de concorrência, bem como pela influência de externalidades, assimetria ou falta de informação, e indivisibilidade de alguns bens (Alves, 2011).

A escola de pensamento neoinstitucionalismo econômico defende que a eficiência do Estado é resultado do desenho organizacional de suas instituições. Dessa maneira, a combinação de um conjunto de fatores tais com: definição de padrões de desempenho, utilização de práticas de trabalho vinculadas aos resultados, monitoramento de indicadores e sistematização de cobrança e conduta profissional, ocasiona a otimização dos recursos aplicados, e a melhoria do desempenho da gestão (Lima, 2009).

A base teórica do pensamento neoinstitucional é uma evolução do entendimento comportamental dos agentes econômicos no tempo: do homem econômico (Teoria Neoclássica), passando pela ideia de homem administrativo até a fundamentação de homem contratual. Partindo de um ambiente de concorrência perfeita, da Teoria Neoclássica, onde os agentes econômicos são caracterizados pelo autointeresse e pela busca permanente da maximização de seus lucros, contextualiza-se um ambiente onde cada agente possui o conhecimento pleno das informações de mercado e a confiança quanto aos acontecimentos futuros. Desse comportamento, atinge-se o equilíbrio econômico e a combinação eficiente dos fatores econômicos (Lima, 2009).

A autora ainda relata que como contraponto à visão supracitada, tem-se o homem administrativo, que semelhante à teoria neoclássica, trabalha em função de seus interesses e em busca da maximização do lucro, mas possui uma racionalidade limitada para tomada suas decisões em função das sujeições descritas anteriormente, o que, sob a ótica da análise neo-institucionalista, não se aproxima, ainda, do comportamento real dos agentes econômicos (Lima, 2009).

A abordagem neoinstitucionalista considera que o modelo neoclássico não se aplica ao cenário econômico real, defende, pois que a relação entre os agentes se dá em “ambientes hierarquizados, onde há constrangimentos para suas escolhas”, tais como: limitação do tempo, ocorrência de prioridades simultâneas, conhecimentos assimétricos das informações e incertezas quantos às consequências futuras das decisões tomadas no presente (Lima, 2009, p. 35).

Assim, ao buscar um comportamento humano mais adequado à dinâmica da relação entre os agentes econômicos, o pensamento neo-institucional apresenta o homem contratual, que incorpora o auto interesse das abordagens anteriores, a racionalidade limitada do homem administrativo, porém apresenta ainda a habilidade de realizar ações em benefício próprio, mesmo que, em consequência disso, haja prejuízo de outros agentes. Esta característica encontrada na relação entre os agentes é denominada oportunismo (Lima, 2009).

Assim, a base do pensamento neoinstitucional é a Teoria da Agência, na qual o comportamento do homem contratual é premissa para as relações entre agentes: “transações sociais estabelecidas, entre agentes autointeressados, com realidade limitada e com propensão a comportamentos oportunistas, são entendidas como relações titular/agente ou principal/agente (*principal/agent*)” (Lima, 2009, p. 36).

A interação entre titular e agente acontece quando o titular, munido de poder, possuidor de conhecimentos, recursos ou informações, pactua a realização de atividades pré-determinadas, com expectativas de atingir determinado resultados com o agente, também possuidor de poder específico, decorrente do conhecimento, habilidade técnica e informações. O titular, que pode ser uma organização pública, privada, ou até mesmo, um indivíduo, ou grupo de indivíduos, não atinge os resultados esperados sozinho, dessa maneira, passa a responsabilidade de execução e alcance dos resultados para o agente, que também pode ser uma organização, um grupo de indivíduos ou um indivíduo (Lima, 2009; Alves, 2011).

Alves (2011) observa que o interesse das partes pode divergir, o que motiva o principal a limitar essa divergência através da monitorização e controle, uso de incentivos apropriados para o agente e pactuação de metas através de contrato para evitar o oportunismo.

O conflito entre agente e principal no serviço público é mais intenso do que no ambiente privado em virtude da falta de clareza e objetividade das metas pactuadas, agentes com remuneração fixa, inferior e não vinculada a resultados; e ainda o descumprimento dos limites orçamentários sem prejuízo de penalidades e falência institucional (Stone & Brush, 1996, conforme citado em Alves, 2011, p. 114).

Na teoria da agência, os mecanismos e práticas de prestação de contas são requisitos imprescindíveis para o aprimoramento do desempenho organizacional das instituições públicas (Lima, 2009). O uso de arranjo contratual como instrumento modernização dos serviços e aprimoramento de prestação de contas públicas, foi instituído inicialmente em países desenvolvidos e posteriormente, em países em desenvolvimento, conforme observado em Perrot, 2006; Perdicaris, 2009, 2012; Lima, 2009; e Pollock and Price , 2011).

Nesse sentido, observou-se a descentralização da administração pública através do estabelecimento de contratos de gestão, avaliação de desempenho e promoção de incentivos à gestores profissionais os quais ficaram encarregados de executar as atividades até então consideradas típicas do Estado.

Destarte, essas atividades começaram a concorrer com empreendimentos da iniciativa privada, submeteram-se à escolha da população (consumidores), passaram a ser pagos diretamente por estes (parcial ou totalmente) ou através de contratos de gestão. Ao mesmo tempo, a concorrência com organizações privadas e a exposição aos riscos de mercados promoveram a melhoria dos serviços prestados, disseminaram a prestação de contas e tornaram o foco dos serviços direcionado ao consumidor (Lima, 2009; Alves, 2011; Perdicaris, 2012).

### **3.2 Nova Gestão Pública**

A partir de 1945, o aumento da participação Estado na economia foi requerido para assegurar e direcionar a reconstrução dos países devastados pela 2ª Guerra Mundial rumo ao desenvolvimento econômico e bem-estar social. Assim, observou-se a nacionalização de serviços de caráter equitativo como educação, saúde e segurança pública, antes sob o domínio

privado, e em paralelo a expansão econômica decorrente do aumento do gasto estatal (Alves, 2011, p. 115).

A redefinição do papel do Estado, a partir da década de 1960 foi motivada em consequência da crise financeira e econômica dos países centrais, caracterizou-se pela redução das atividades típicas do Estado e adoção de métodos de avaliação de desempenho. Dessa maneira, países com França e Espanha adotaram a sistemática de contratação de serviços para realização de atividades antes executada pelo Estado, bem como a aplicação de métodos de avaliação de desempenho como forma de controle e financiamento desses serviços. Nesse sentido, as áreas de financiamento, compra e regulação foram dissociadas das atividades das atividades de prestação de serviços (Lima, 2009).

Alves (2011) observou que durante a década de 1970, a recorrente intervenção estatal passou a ser ineficaz frente às diversas e crescentes demandas assistenciais requeridas pela população, em virtude do aumento na expectativa de vida acompanhada por uma maior demanda previdenciária, desequilíbrio das contas públicas, aumento de preços, diminuição do ritmo do desenvolvimento econômico e da inovação tecnológica, em paralelo a um aumento na cobrança de impostos.

Ainda conforme o autor, na década de 1980, as políticas neoliberais vieram como meio de enfrentamento do déficit público, não somente por abrir para iniciativa privada os monopólios estatais, mas também por introduzir no ambiente público os instrumentos de gestão e controle privados. Observou-se também que a pressão social decorrente da insatisfação pelo baixo desempenho dos serviços públicos fez refletir uma demanda pela melhoria da qualidade e diversificação dos serviços públicos.

A definição política das estratégias de reforma do Estado na gestão e financiamento de suas ações passa pelo paradigma de que “o que Estado deve financiar e fazer, o que deve financiar e não fazer e o que não deve financiar e tampouco fazer” (Lima, 2009, p. 33). Essa mudança de perfil requer práticas de trabalho e estruturas organizacionais que visem o alcance de metas e promovam a prestação de contas e melhoria do desempenho organizacional (Lima, 2009).

Destarte, as ideias de diminuição do Estado, em benefício da melhoria dos serviços prestados a população, para promoção mais efetiva da transparência no gasto público, assim como diminuição dos tributos, chamou-se de Nova Gestão Pública, empreendidas inicialmente no Reino Unido e Estados Unidos da América e posteriormente, avalizadas e recomendadas pelos organismos internacionais, como Organização para Cooperação e



Desenvolvimento Econômico (OCDE), Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) (Lima, 2009, Alves, 2011).

A Nova Gestão Pública (NGP) “baseava-se em fundamentos como ‘responsabilidade’, ‘*performance*’ e ‘prestação de contas’, dessa maneira as responsabilidades devem ser claras, os objetivos e metas devem ter foco na melhoria do desempenho organizacional e a prestação de contas deve ser submetida ao cliente” (Alves, 2011, p. 121).

Inicialmente, foi empreendida a privatização dos setores “em que predominasse a concorrência de mercado e em que a liberdade de gestão fosse regra face a regras e condições burocráticas” (Alves, 2011, p. 121). Contudo, “onde a privatização não fosse possível, ou desejável por suscitar a reação da população como na saúde e educação”, foram seguidos mecanismos de quase mercado (“contratos de produção”) através da contratação de gestores profissionais e da sistemática gerencial privada (Alves, 2011; Pollock & Price, 2011).

Nessa perspectiva, a separação formal das responsabilidades entre Estado e gestores foi instituída através de legislação específica (Lei e estatuto), atribuindo ao primeiro a faculdade de definir políticas e regular mercado e ao segundo a execução das metas e obrigações contratuais; Assim, os serviços que antes eram integrados nacionalmente, passaram a ser de responsabilidade e abrangência regional, bem como a ser acompanhados através de contrato de gestão, compostos pelas estratégias institucionais, plano anual de atividades pactuadas, indicadores de desempenho, sistemática de avaliação e recompensa/punição (Alves, 2011).

A partir desse contexto, foram instituídos mecanismos que não apenas devam ao processo de prestação de contas agilidade e confiança, ao correlacionar as metas pactuadas aos padrões e indicadores de desempenho, mas também, serviam de instrumento para novos acordos contratuais, deliberações de investimentos, acompanhamento da gestão, implementação de políticas de saúde e decisões consumidores, ao difundir publicamente os resultados (Alves, 2011).

Para Alves (2011) os países que adotam a NGP apresentaram ganhos de eficiência em suas gestões, como também aperfeiçoaram os processos de transparência e prestação de contas. Nesse contexto, o modelo de gestão do Estado consolidou-se com base nas políticas de regulação de mercado, em busca da melhoria dos serviços prestados e satisfação da população. Por outro lado, observou-se uma diminuição da propriedade e da produção direta dos órgãos de Estado, ao mesmo tempo em que se instituiu a contratação individual e

remuneração baseada no desempenho (OCDE, 2005, conforme citado em Alves, 2011, p. 124).

Todavia, Alves (2011) contextualiza algumas observações feita em OCDE (2005), as quais alertam para a aplicação inadequada dessa sistemática principalmente em áreas privativas do Estado, o que traduz a inadequação deste método frente às características primordiais do serviço público, através do “uso exacerbado do mercado e a sobrevalorização da eficiência” (OCDE, 2005, conforme citado em Alves, 2011, p. 125). Nesse sentido, faz-se referência à adoção de critérios para implantação de mecanismos de mercado nessas áreas, bem como prudência na aplicação de instrumentos de gestão e organização dos serviços (OCDE, 2005, conforme citado em Alves, 2011, p. 125).

### 3.3 Sistemas de Saúde

Segundo a OMS (2000), tem-se como definição de **sistema de saúde** o conjunto de atividades relacionadas à promoção, recuperação e manutenção da saúde de determinado país. Dessa maneira, entende-se como sistema de saúde de um país o “conjunto dos organismos que promovem ações de prevenção e prestam assistência em saúde, públicos e privados, assim como aqueles relacionados à melhoria da qualidade de vida da população, educação, saneamento básico e saúde do trabalhador” (Alves, 2011, p. 149).

Ao mesmo tempo, o sistema de saúde deve buscar promover o acesso universal do cuidado em saúde como meio de garantir a produtividade, assegurar a harmonia e segurança das famílias e a união nacional (Alves, 2011). Para Merhy e Cecílio (2003, p.4) "a noção de sistema traz implícita a ideia de funcionamento harmonioso entre partes, cada qual com sua ‘função’, que contribua para o bom funcionamento do todo."

São dois tipos de sistema de saúde dos países membros da OCDE: os de origem *Bismarckiana* e os denominados *Beveridgiana*. Os primeiros, criado no fim do século XIX (Alemanha, 1883; Bélgica, 1894 e Noruega, 1948), são financiados através do seguro social (pagos por empregadores, trabalhadores e restante da população), enquanto que o segundo, teve origem após a 2ª Guerra Mundial, no Reino Unido, é financiado através dos impostos ou seguro privado de cobertura global (sendo esta última, referente aos sistemas existentes nos Estados Unidos e Suíça). Ambos os sistemas têm como finalidade promover integral e universalmente o acesso da população às ações de saúde disponibilizadas pelos Estados, assim como também são complementados por seguros de saúde (Alves, 2011).

Os sistemas *Bismarckianos* “a segurança social representa mais de 50% das despesas de saúde sendo o financiamento público minoritário” (Alves, 2011, p. 150). A participação do Estado está relacionada ao financiamento (precificação e pagamento), definição de padrões de qualidade e mecanismos de controle, ao mesmo tempo, observa-se também que são “baseados em competição e pluralismo de oferta, liberdade de escolha e solidariedade” (Alves, 2011, p. 150).

Nos sistemas *Beveridgianos*, o Estado é responsável pelo financiamento da maior parte da assistência em saúde, fundamentam-se na cobertura universal e equitativa a todos os cidadãos independentemente da sua contribuição financeira (Alves, 2011, p. 150; Or et al. 2009).

Os princípios fundamentais dos sistemas de saúde Bismarckianos são a pluralidade, solidariedade e liberdade de escolha. Tanto na França como na Alemanha, as contribuições são baseadas, principalmente, na capacidade de pagamento. Entretanto, o controle de custos e a coordenação de cuidado têm sido os grandes desafios para estes países. Nos últimos anos, observou-se uma maior intervenção governamental para regulamentar e limitar a escolha e/ou o acesso aos cuidados especializados e hospitalares, com a adoção do pagamento aos hospitais conforme os procedimentos realizados (prospectivos com base grupos de diagnósticos homogêneos) bem com a introdução de arranjos denominados *gatekeeping soft*.

Os arranjos *gatekeeping soft* foram introduzidos na França em 2000 e na Alemanha em 2005, de maneira não obrigatória, com o objetivo de repassar ao médico clínico a função de regulador do sistema de referência à rede de assistência especializada e hospitalar. Contudo, na Alemanha a adesão desses arranjos não foi significativa nem por parte dos profissionais, nem por parte dos pacientes, em virtude da complexa metodologia de reembolso e incentivos. Por outro lado, na França observou-se um forte incentivo financeiro para médicos e pacientes em ajustar seus interesses na continuação do processo de assistência (Or et al. 2009).

Já os países de sistema Beveridgiano foram detectados problemas relativos ao tempo de espera para atendimento, à limitação de profissionais bem como a qualidade dos serviços prestados.

Comum a todos os sistemas é a expressiva elevação das despesas de saúde superior ao aumento do PIB e da receita pública. Esta tendência põe em risco a sustentabilidade dos sistemas, ao mesmo tempo em que geram um impacto negativo na economia desses países e,

em última instância, na estabilidade econômica da União Europeia. Alguns fatores podem se destacar, tais como:

- 1) o envelhecimento da população, decorrente do aumento do número de idosos;
- 2) aumento da cobertura, em virtude do aumento da expectativa de vida e maior demanda para tratamento de doenças crônicas;
- 3) aumento da renda da população, que apresenta maior poder de consumo, demanda melhores condições assistenciais e mais opções de profissionais;
- 4) baixos índices de produtividade dos fatores de saúde, com alto grau de qualificação e “inflação superior à média”; e
- 5) Inovação tecnológica, como resultado de pesquisa, ocasionando aumento nos preços de medicamentos, tratamentos e diagnósticos (Alves, 2011, p. 155).

#### ▪ O NHS inglês

O *National Health Service* (NHS) foi criado na Inglaterra em 1948 como um sistema de assistência em saúde, baseado nos princípios da universalidade, abrangência, equidade e autonomia profissional. Destarte, é de responsabilidade do Estado a garantia da assistência necessária em saúde, assegurando a cobertura a toda população bem com a integralidade dos serviços prestados (Alves, 2011; Pollock and Price , 2011).

Para Alves (2011) 1) a universalidade corresponde em assegurar cobertura a toda população; 2) a abrangência refere-se à cobertura integral em todos os estágios da assistência; 3) a equidade trata da disponibilidade dos recursos, uso e qualidade para iguais necessidade, independentemente as origem social; enquanto que 4) a autonomia profissional, consiste em dar poder de decisão aos médicos quanto ao tratamento dado ao paciente, livre de intervenção administrativa.

Gilson (2007, conforme citado em Pollock & Price, 2011, p. 295) utiliza o conceito de "universalidade" da Organização Mundial de Saúde (OMS), que remete a aspectos como a abrangência e qualidade de serviços – corresponde a oferta a 100% população, de serviços de saúde de boa qualidade de acordo com suas necessidades e preferências independentemente da renda, classe social ou local de residência; a equidade nos pagamentos, onde os ricos devem pagar mais do que os pobres, sendo a cobertura financeira proporcional à capacidade de pagamento das pessoas; e equidade de acesso ou utilização, baseada na distribuição de serviços acordo com a necessidade, em vez de capacidade de pagamento, e que exige

equidade na distribuição das despesas e recursos (Gilson (2007), conforme citado em Pollock & Price, 2011, p. 295).

Nas últimas três décadas o NHS tem passado por reformas de mercado, como os sistemas de saúde de outros países (Alves, 2011; Pollock and Price , 2011). Até os anos 80 os hospitais do NHS eram geridos por uma hierarquia administrativa tripartida composta por médico, administrador e enfermeiro (gestão por consenso). Assim, os hospitais-empresa (*Trusts*) eram coordenados por gerentes do NHS (*NHS Executive*) e do Ministério da Saúde inglês (*Department of Health, SHAs*), prestavam contas pela aquisição de serviços dos *Primary Care Trusts* (PCT), eram sujeitos à auditoria e inspeção (*Commision for Health Audit and Inspection*) e imbuídos de cumprir metas (*Healthcare Commission*). Entretanto, caso não alcançassem o equilíbrio financeiro, estes hospitais *Trusts* eram submetidos à troca de gestores.

Com a criação dos *Foundations Trusts* (FT), o gerenciamento destes hospitais passou aos gestores locais (vinculando-os à prestação de contas aos representantes da população, dando a estes uma maior autonomia) os quais passaram a ser subordinados a um novo agente regulador, o Monitor, um cargo independente do secretário de saúde, responsável pela liberação e/ou exclusão dos prestadores, que acompanhava e deliberava os serviços assistenciais, incluindo os requisitos para contratação de prestadores, valor dos investimento em determinada área, além da composição dos dirigentes. Entretanto a prestação de contas continuou sendo feita aos PCTs, como também a sujeição às auditorias e cumprimento de metas e padrões de desempenho (Alves, 2011, p. 219; Pollock & Price, 2011).

A medição da *performance* no NHS inglês foi importante para a otimização dos custos. Alves (2011) observou três fatores importantes: a orientação, a monitorização e a resposta ao sistema. Assim, a orientação era baseada na missão do NHS bem como no cumprimento dos Acordos de Serviço Público (PSA) que consistem em redução a mortalidade, diminuição das disparidades de saúde; realização do tratamento em tempo adequado às necessidades médicas; diminuição do tempo máximo de espera para consulta e internamento; compromisso com as reivindicações de melhorias dos pacientes; garantia cuidados às pessoas idosas no acolhimento e reabilitação; celeridade no acesso aos cuidados primários; equiparação do valor pago conforme o custo do procedimento.

Para Alves, "a monitorização abrange o acompanhamento de 60 indicadores gerais nas áreas de melhoria da saúde; acesso equitativo; cuidados prestados com eficácia e apropriação; eficiência; experiência do doente e do profissional de saúde; resultados em saúde do NHS"

(Alves, 2011, p. 204). Já a Resposta, está relacionada às funções da Agência de Modernização compreendendo "fundo de modernização para equipamentos, para melhorias organizacionais e para incentivar equipas e profissionais; recompensar a melhor *performance* com maior autonomia; avaliação pelo sistema de estrelas (zero a 3)" (Alves, 2011, p. 204).

As mudanças realizadas no NHS focaram na descentralização do poder, separou as funções do Estado (regulação, financiamento, gestão, assistência e inspeção/auditoria) bem como a introdução das leis de mercado e concorrência entre prestadores. Assim, as autoridades distritais ganharam o poder de comprar serviços assistenciais optando por aqueles prestadores que apresentassem menor preço com a mesma, ou melhor, qualidade prestada.

Nesse contexto, os hospitais passaram a ser financiados de acordo com o desempenho obtido, assim, os prestadores de cuidados primários acumularam as funções de assistência básica e de compradores de serviços secundários, o que contribuiu para o aumento da concorrência entre hospitais. Os benefícios das reformas no NHS foram:

- aumento da cobertura assistencial superior ao volume de despesas (ganhos de eficiência);
- melhoria na qualidade da assistência prestada, aliada à diminuição das listas de espera; introdução da sistemática de prestação de contas e as leis de mercado (risco de operações) no setor hospitalar; e
- maior disseminação das atividades de gestão as quais passaram a ficar mais evidentes e importantes no ambiente hospitalar, através do acompanhamento dos indicadores de desempenho e controle de custos;

Contudo, observou-se que a repercussão das mudanças impostas à cultura, assim como a introdução das leis de mercado foram limitadas por fatores como o forte poder de sindicatos e corporações profissionais, o processo decisório era centralizado com base em interesses políticos e pouco voltado às necessidades dos clientes (Alves, 2011, p. 232)

O processo de reformas no NHS inglês constitui-se uma política de Estado, um processo que foi além do planejamento, execução e monitorização, constituiu-se um "amplo consenso sobre documentos técnicos de orientação para o longo prazo" (Alves, 2011, p. 237).

#### ▪ O Serviço Nacional de Saúde de Portugal

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português foi criado em 1979 com diretrizes semelhantes ao NHS inglês. Até então, "assumia apenas responsabilidades na área da Saúde

Pública (controle de sanidade do meio ambiente e doenças transmissíveis, vacinações, além de competências burocráticas), através das Delegações Distritais e Sub-distritais de Saúde" (Alves, 2011, p. 225). Por outro lado, com menor volume de recursos financiados pelo Estado, a assistência primária bem como os cuidados hospitalares eram exercidos pela "Caixas de Prevalências" – exclusivos para poucos beneficiados e "hospitais das Misericórdias" – financiados em sua maior parte por doações (Alves, 2011, p. 225).

Precedendo ao SNS, em 1967 foram publicados o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais. Entretanto, a estes instrumentos normativos "faltou a percepção da importância condicionante da área de cuidados primários, persistindo a predominância de serviços hospitalares, de ambulatório e de urgência" (Alves, 2011, p. 226). Destaca-se ainda neste período a construção de unidades de saúde denominadas 'Centro de Saúde e Hospitais Distritais'.

Mesmo com a criação no SNS o financiamento às entidades privadas não se extinguiram, o que ocasionou duplicidade e indefinição da cobertura de saúde no Orçamento Estatal (Alves, 2011).

Entre as décadas de 1980-90 o SNS passou por mudanças em sua legislação e como consequência na rede assistencial, as quais foram definidas as funções dos serviços privados na prestação dos serviços de saúde, bem como a condição do consumidor como agente responsável pela própria saúde e pela coparticipação dos custos dos serviços utilizados. Neste ínterim foram revistas as carreiras de médico e de enfermeiro bem como novos processos de gestão de hospitais públicos.

Por conseguinte, durante os anos 2000 houve a transformação de hospitais em Sociedades Anônimas (SA) cujo capital era exclusivamente público, depois foram convertidos em Entidades Públicas Empresariais (EPE). Em consonância com essas mudanças, foram reestruturadas as redes atendimento de urgência e maternidade, acesso à medicamentos e concepção da rede de cuidados continuados e unidades de saúde familiares (Alves, 2011).

Nas quatro primeiras décadas o SNS apresentou resultados positivos em indicadores como o aumento da esperança/expectativa de vida, a diminuição da mortalidade infantil, o aumento do quantitativo de unidades de saúde e também indicadores de qualidade no atendimento, como menor tempo de espera pelo atendimento (consultas e cirurgias) e aumento no volume de procedimentos realizados durante este período, inclusive de cuidados primários (Alves, 2011).

Em paralelo, observa-se um aumento de 41% com as despesas com saúde no PIB, decorrente de: i) extensa duplicação de cobertura no sector público e privado; ii)

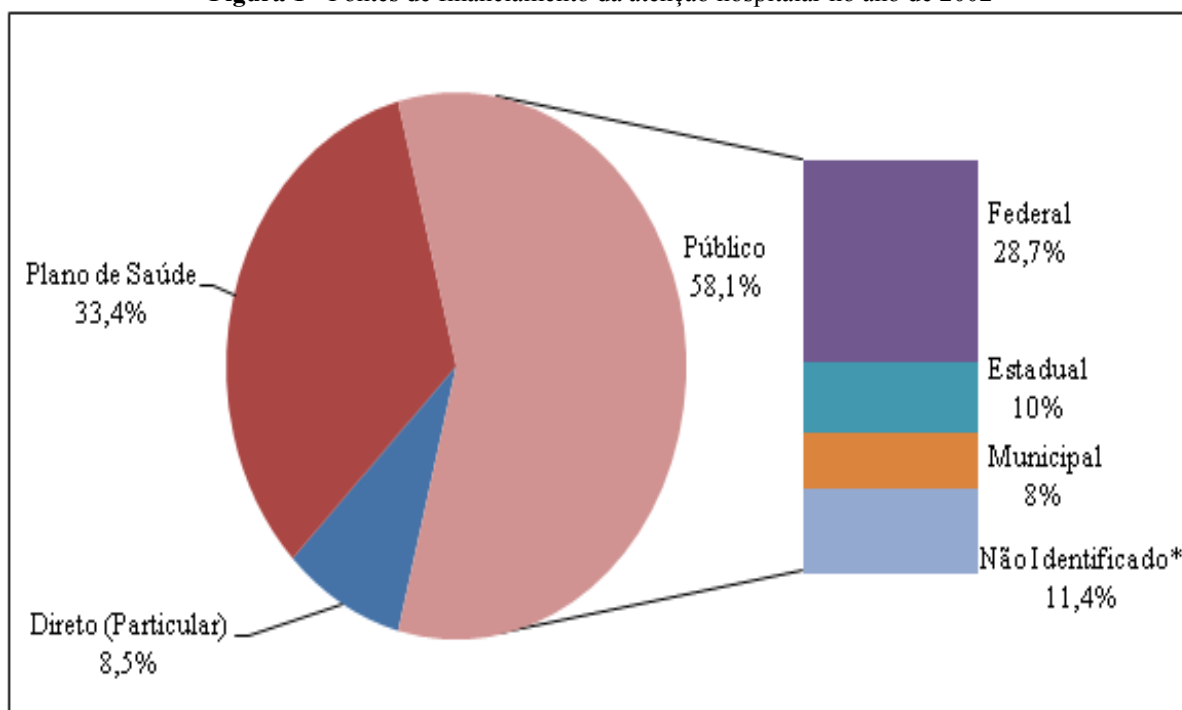
consequências da insuficiência de produção dos CSP e do excesso de urgências hospitalares; iii) peso excessivo dos gastos com medicamentos (...) e em MCDT; iv) elevado desperdício existente no SNS, incluindo baixa produtividade, e o deficiente controle da aquisição de actos ao setor privado - com importância muito maior que nos restantes sistemas públicos de saúde (Alves, 2011, p. 230).

Por outro lado, a pouca celeridade nas reformas dos cuidados em saúde, assim como o crescimento das despesas decorrentes de novas conjunturas como o aumento da expectativa de vida, crescimento de novas doenças como AIDS e doenças modernidade, bem com a pressão dos salários dos profissionais de saúde (Alves, 2011, pp. 230-231).

O setor saúde no Brasil é composto pelo SUS, que é financiado e gerenciado com recursos públicos e por um amplo sistema de seguros privados de saúde. O orçamento público total de toda área da saúde em 2002 foi no montante de R\$ 70,4 bilhões e setecentos milhões de reais (La Forgia & Cottelenc, 2009).

A área hospitalar movimenta cerca de R\$ 47,3 bilhões de recurso/ano, sendo que aproximadamente R\$ 27,5 bilhões (58% do total) são de recursos públicos. Desse valor, o gasto federal para financiamento dos hospitais é de 29%, conforme figura abaixo:

**Figura 1** - Fontes de financiamento da atenção hospitalar no ano de 2002



**Fonte:** La Forgia e Cottelenc (2009, p. 40).

\*Refere-se a repasses pontuais com fonte específica não identificada em documentos orçamentários.

O SUS compreende o modelo público de assistência em saúde no Brasil. Constituiu-se um marco relevante na evolução institucional do país e originou um novo paradigma jurídico-institucional para as políticas públicas em saúde. Baseado por um conjunto de princípios e



diretrizes, o SUS pressupõe uma ampla concepção do direito à saúde e da responsabilidade do Estado em garantir esse direito, aliando estruturas do poder público, mecanismos de democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (FGV, 2007; Cruz, 2011; Silva, 2012).

O SUS pode ser caracterizado pelos seguintes elementos: descentralização da organização e prestação de serviços para os governos municipais e, em menor escala, estaduais; financiamento público dos serviços de prestados por estabelecimentos públicos e privados; uso de repasses federais para co-financiar o atendimento em níveis subnacionais; e mecanismos de participação social " (La Forgia & Cottelenc, 2009, p. 20).

Os principais marcos legais e normativos para a implementação do SUS foram a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, de 1990. Assim, a Carta Magna prevê:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, 1988, Art.196).

Assim, conforme consta na referida Lei, o sistema público de saúde passa a desenvolver as ações a partir da formação de uma rede regionalizada e hierarquizada, conforme das seguintes diretrizes: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (Constituição Federal, 1988, Art. 198).

A Lei 8.080/90 institui os princípios universalidade, equidade, integralidade, controle social e descentralização, conforme as diretrizes constitucionais, formulando assim as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços, e definindo o financiamento da rede e repasse de recursos (Lei n. 8.080,1990, Art. 7º). Nesse sentido, os princípios e diretrizes fortaleceram os meios para o enfrentamento dos problemas do sistema de saúde apresentados como críticos, ao focarem os valores que estavam na base da construção de um novo sistema (FGV, 2007; Cruz, 2011).

A Lei 8.142/90 trata da participação social na gestão do SUS, através das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, bem como da sistemática de transferências de recursos financeiros, a partir da criação do fundo de saúde, garantia de contrapartida orçamentária e financeira e relatório de gestão para controle e acompanhamento (Lei n. 8.142,1990, Art. 4º).

Desde a década de 1990, o processo de descentralização da saúde pública brasileira vem evoluindo em uma lógica sistêmica hierarquizada, onde os estados e municípios acabaram por ocupar um papel cada vez mais importante nesta estrutura.

Contudo, observa-se ainda que o MS ainda detém o poder político e financeiro, cabendo a este definir as ações e instituir a forma de repasse de recursos bem como gerenciar as agências especializadas - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, os estados e municípios também têm um papel regulatório complementar nas suas redes de influência (World Bank, 2007; FGV, 2008; La Forgia & Couttelenc, 2009).

Os autores ainda afirmam que o processo de habilitação das instâncias subnacionais, estabelecido pelo governo federal para gestão do sistema de saúde em nível local regional era fundamentado na capacidade de planejamento, organização e gestão em níveis específicos de atenção. São eles:

- gestão plena da atenção básica: para municípios responsáveis por prestar exclusivamente assistência primária e gerenciar recursos federais aplicados diretamente para execução desses serviços; e
- gestão plena do sistema: para estados e municípios responsáveis em gerenciar e supervisionar todos os serviços, programas e atividades da rede de saúde, relativos à área geográfica de domínio, bem como os recursos próprios e aqueles repassados pelas instâncias superiores.

Nesta perspectiva, as responsabilidades de cada esfera de governo neste sistema foram definidas da seguinte maneira: os municípios ficaram responsáveis em prover a assistência (partilhada com os estados); realizar serviços de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e saúde ocupacional; e monitorar as atividades de instituições de saúde privadas.

Por outro lado, coube aos Estados a responsabilidade de gerenciar as instituições com alto nível de referência; e de planejar e controlar as ações do SUS na sua esfera de atuação. E a União ficou responsável pela prestação direta de alguns serviços de saúde, em especial hospitais universitários, os quais são gerenciados conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação pela definição; normatização e coordenação de políticas de saúde, bem como da identificação dos riscos e necessidades nas diferentes regiões do país (FGV, 2007; World Bank, 2007; La Forgia & Couttelenc, 2009; Cruz, 2011).

Entretanto, a autonomia dada a estados e municípios, decorrente do processo de democratização do país, após mais de 20 anos de regime militar, refletiu o despreparo das instâncias subnacionais em gerenciar recursos bem como a rede de serviços de saúde; tanto que em 2006 apenas 12% (682 cidades) dos municípios brasileiros estavam habilitados para a gestão plena do sistema. Adicionalmente, observou-se que o processo de descentralização pouco influenciou na gestão dos hospitais públicos nem tão pouco na forma contratação e monitoramento dos prestadores privados, assim "as reformas introduziram poucas mudanças na organização e prestação de serviços hospitalares" (La Forgia & Couttelenc, 2009, p. 23).

Ainda segundo os autores, o Financiamento do SUS envolve várias instâncias do governo, o Ministério da Fazenda (MF), que recolhe impostos, taxas federais e contribuições de seguridade social, o MS que descentraliza a maior parte dos recursos federais para a saúde. Há ainda a arrecadação de tributos de estados e municípios para financiamento do sistema da saúde. Os repasses financeiros federais, estaduais e municipais são depositados em um fundo geral de saúde de cada município é, portanto o município é o gestor da maior parte dos recursos de saúde.

Por outro lado, observou-se que o processo de descentralização e as mudanças ocorridas nas formas de financiamento do SUS desde sua implantação diminuíram o volume de recursos financiados pela esfera federal e incrementaram a parcela de responsabilidade dos estadual e principalmente dos municípios (World Bank, 2007; Silva, 2012, conforme tabela abaixo:

**Tabela 1 - Gasto com saúde, 1995 e 2004.**

Indicador de Gastos	1995	2004*	(EM R\$ MIL DE 2004)
			Crescimento % 95-04
Gasto federal em saúde	35,138	35,611	1.3
Gasto estadual em saúde	11,296	13,447	19.1
Gasto municipal em saúde	10,040	15,640	55.8
<b>Gasto Público Total com Saúde</b>	<b>56,474</b>	<b>64,698</b>	<b>14.5</b>
% do Gasto Público	10.98	10.17	-
% do PIB	3.89	3.66	-
<b>Gasto Privado com Saúde</b>	<b>67,312</b>	<b>81,896</b>	<b>21.7</b>
% do PIB	4.64	4.64	-
Gasto Domiciliar com Saúde	53,909	62,416	15.8
% de Consumo Domiciliar	6.20	6.40	-
<b>Gasto Total em Saúde</b>	<b>123,785</b>	<b>146,594</b>	<b>18.4</b>
% do PIB	8.52	8.30	-
% Privado	54.38	55.87	-
% Público	45.62	44.13	-

**Fonte:** DATASUS, SIOPS, IBGE (para o PIB); World Bank (2007).

\*Estimado.

As despesas com saúde excluem o gasto com previdência e aposentadoria de funcionários públicos, gastos relacionados a dívidas e assistência médica para funcionários públicos, mas inclui estimativas para hospitais universitários federais.

Uma importante mudança na relação entre as instâncias federadas foram os Pactos pela Saúde, conjunto de medidas que visavam modernizar e flexibilizar o sistema de atenção à saúde a partir de novos paradigmas de gestão, negociação e financiamento. Assim, a política foca em três aspectos: privilegia áreas prioritárias com aporte maior de recursos financeiros; simplifica o gerenciamento e o financiamento do SUS; e introduz a contratualização como modelo de pactuação entre os administradores e prestadores do sistema, submetendo condições de pagamento ao desempenho das unidades de saúde (La Forgia & Couttelenc, 2009; Silva, 2012).

Para La Forgia e Couttelenc (2009) a política de saúde instituída com o SUS representou uma melhoria na promoção e assistência em saúde no país. Como sistema de saúde, baseado na descentralização, universalidade, integralidade e participação popular, observou-se o aprimoramento das ações de planejamento bem como uma maior definição das responsabilidades dos agentes federados, ampliou o acesso aos serviços de saúde bem como tornou possível adaptações e melhorias necessárias à evolução e aprimoramento do processo.

#### ▪ **O setor Hospitalar Brasileiro**

O setor hospitalar brasileiro é composto por cerca de 7.400 unidades com cerca de 500 mil leitos que realizam em média 20 milhões de internações/ano. O segmento de hospitais privados representa 65% do total no país, com 69% dos leitos, 70% de internações, representando 56% dos gastos do SUS.

A rede hospitalar brasileira consome cerca de 75% do total de gasto com a saúde, sendo composta unidades públicas, administradas pela União, estados e municípios; do total de hospitais públicos 71% de propriedade municipal; unidades privadas conveniadas ou contratadas pelo SUS – do total de hospitais privados 70% são conveniados ao SUS; unidades particulares com fins lucrativos e filantrópicas não financiadas pelo SUS – 30% dos hospitais particulares (World Bank, 2007; La Forgia & Couttelenc, 2009).

Desde a década de 1970, o número de hospitais tem aumentado, com ênfase nos hospitais públicos de pequeno porte – 60% com menos de 50 leitos, o que vem comprometendo a eficiência e resolutividade da rede, uma vez que são investidos recursos para construção das unidades sem o planejamento infraestrutural de equipamentos, pessoal e serviços a serem oferecidos (Cecílio e Merhy, 2003; La Forgia & Couttelenc, 2009).

### 3.4 Arranjos contratuais no setor hospitalar

Os processos de reforma dos sistemas de saúde de diversos países engendraram ao longo dos anos vários tipos de arranjos contratuais como meio para otimização dos recursos investidos nesta área bem como para melhoria da qualidade da assistência prestada. Contudo, faz-se necessário contextualizá-los na realidade econômica, política e social de cada país bem como associa-los a outros empreendimentos para que todos os recursos aplicados sejam revertidos em benefício da população (Perdicaris, 2009, 2012; e Pollock and Price, 2011, Forgia & Coutollenc, 2009; Lima, 2009; Mathonnat, 2006; e Perrot, 2006). A análise das relações contratuais passa pela coexistência de duas vertentes teóricas na fundamentação e constituição deste processo:

[...] de um lado uma visão sistêmica, integral e integradora e de outro lado uma visão economicista, contábil financeira que busca a racionalidade de gastos como forma de equilíbrio. Trata-se de um movimento dialético, pois os dois princípios têm raízes materiais e sociais que convivem de forma permanente e contraditória, ao longo do processo de implementação do SUS (FGV, 2008, p.22).

O Estado brasileiro possui um histórico de contratação dos serviços de saúde com os hospitais privados que antecede à criação do SUS, representado mais de metade das despesas do SUS com os hospitais. No entanto, esta pactuação de serviços não evoluiu ao longo do tempo, pelo contrário continuou mal gerenciado, sem atualização e acompanhamento dos serviços contratados (La Forgia & Couttolenc, 2009).

O termo contratualização começou a se evidenciar como instrumento de modernização da gestão pública, em meados da década de 1990 com a criação do PDRAE. Desta maneira, o modelo de descentralização das atividades do Estado, a semelhança do que ocorrera na Europa, baseava-se na contratualização de entidades responsáveis pela execução de serviços (Lima, 2009; Perdicaris, 2009, 2012), dissociadas do núcleo de planejamento, que caberia ao Núcleo Estratégico do Governo Central (Presidência da República, 1995).

A contratualização é entendida como o processo de pactuação entre agentes econômicos, cujo objeto em comum é a realização determinada atividade produtiva. O contratante determina as condições de compra e regulação dos serviços e o contratado encarrega-se de executar as ações pactuadas. A sistematização dos processos de contratualização no SUS é considerada um marco na execução da política de saúde no país, uma vez que “estabelece uma política de reestruturação específica, através dos mecanismos de acompanhamento e melhoria das práticas assistenciais e processos gerenciais no tratamento com as instituições hospitalares” (FGV, 2008, p. 17). Observa-se que:

A contratualização constitui-se na ferramenta de compromisso entre hospitais e secretarias em relação às diretrizes colocadas no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino nos campos da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde (Lima, 2009, p. 24).

Perdicaris (2012) conceitua contratualização como “um processo e uma estratégia” composto pelas seguintes etapas: “negociação, construção do instrumento e gerenciamento”, e define contrato, como “uma ferramenta utilizada para a formalização processo contratual” (p.33). As práticas de gestão e financiamento das organizações públicas de saúde foram redirecionadas de pagamento por serviços assistenciais prestados para a sistemática de contratação por metas assistenciais e de qualidade – indicadores hospitalares, redesenho de processos e profissionalização da gestão (Vecina Neto & Malik, 2007).

Na literatura, observou-se a existência de diversos tipos de contratos, elaborados para atender aos mais diferentes objetivos e pactuados por agentes naturezas áreas distintas. A caracterização dos contratos está relacionada com os marcadores estruturais incluídos na construção do processo de pactuação entre as partes, compreendendo desde o planejamento das ações do gestor da saúde, passando pelos instrumentos contratuais – planos operativos e convênios, instrumentos de monitoramento, avaliação de desempenho, uso de incentivos e aplicação de penalidades, bem como a propagação da lógica contratual no hospital (Lima, 2009).

Observa-se que os contratos podem ter os objetivos de: 1) delegar responsabilidade; 2) comprar serviços assistenciais; ou 3) instituir cooperação entre as partes. Na delegação de responsabilidade o Estado passa as atribuições a uma entidade (de natureza privada) para gerenciar e/ou realizar a assistência em saúde, seja através da destinação de orçamento público, ou fornecimento de materiais permanentes (equipamentos e mobiliário), ou ainda, através de concessão para realização de serviços, para exploração por área geográfica e ou ainda através de parceria público-privada, instituições religiosas, fundacionais e organismos de segurança (Perrot, 2006).

O agente busca fazer o melhor uso de seus recursos através da contratação de um parceiro que seja capaz de prestar serviços em troca de pagamento, com menor custo e com a mesma qualidade ou ainda com um custo mais elevado em se tratando de serviços de melhor qualidade (Perrot, 2006, p. 860).

Quando o agente regulador é o Estado, a busca pela excelência no sistema de serviços de saúde é feita através dos seus órgãos reguladores (MS, agência reguladora ou autoridades de saúde), como compradores de serviços de saúde que estimulam prestadores privados através de pagamentos pelos serviços de saúde prestados à população, ao mesmo tempo,

instituem mecanismo de fomento a eficiência e concorrência entre prestadores (Mathonnat, 2006; Perrot, 2006).

Relações contratuais baseadas em cooperação – compartilhamento dos recursos necessários para realização de uma atividade através de uma associação entre partes distintas, respeitando as limitações e diferenças entre estas: franquia – rede de entidades que compartilham um objetivo comum; colaboração entre estabelecimento de assistência e associações voluntárias e hospitais (públicos e privados); acordo de cooperação no nível dos sistemas de saúde locais e redes de saúde, ou ainda, processos que envolvem a divisão de autoridade e responsabilidade, tais como a gestão conjunta - entre órgão de segurança social, empregadores e empregados; alianças – participação ativa de parceiros, complementaridade entre recursos, tecnologias e conhecimentos (Perrot, 2006).

A contratualização é algo mais abrangente que o entendimento legal da palavra. Considera-se também a contextualização em que se dão os acordos realizados entre os atores, as formas de interação entre as partes e meios de assegurar o alcance dos objetivos. Nesse contexto, os arranjos contratuais devem ser entendidos como um instrumento de auxílio à gestão utilizado para o aprimoramento do sistema de saúde em benefício da sociedade (Mathonnat, 2006; Perrot, 2006).

A contratualização passou a ser utilizada como ferramenta de auxílio à melhoria de desempenho dos sistemas de saúde não somente em países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento, com nuances nos tipos de atores relacionados, nos objetivos e formas contratuais estabelecidas (Mathonnat, 2006; Perrot, 2006; Lima, 2009; Lobo *et al.*, 2009; Perdicaris, 2009, 2012;).

Uma questão levantada pela FGV (2008) acerca do processo de contratualização é que está vinculado à política neoliberal, baseada na diminuição da intervenção estatal, como aquelas empreendidas por países com Inglaterra e Espanha. Contudo, observa-se que nestes países não houve diminuição significativa das despesas públicas. Outra questão observada refere-se à ideia de que “a contratualização é mais fácil de controlar”, na verdade, trata-se de modo diferente. Nesse sentido, defende-se a ideia de que a contratualização é:

Um modelo mais simples do que a lógica de procedimento burocrático clássico, que busca controlar passo a passo todas as ações administrativas. Em vez disso, o controle de metas por indicadores bem definidos leva em conta os objetivos da organização e são de ajustamento mais simples, conforme o desempenho atingido (FGV, 2008, p.30).

Neste trabalho, observam-se alguns aspectos são considerados como relevantes para que o processo de contratualização seja bem definido, tais como:

1) forte regulação estatal aliada a busca permanente pela eficiência na gestão; 2) adoção de gestão por resultados para atender ao mais variado número de objetivos institucionais; 3) qualidade na elaboração dos contratos, envolvendo aspectos jurídicos, logísticos e funcional; 4) maior diversidade provedores com o objetivo de ampliar a abrangência dos serviços assistenciais; 5) trabalho em rede como forma de incrementar e efetivar a inter-relação dos agentes envolvidos (FGV, 2008, pp.30-31).

Para Alves (2011), na gestão pública, em especial na gestão hospitalar, “os contratos são sempre incompletos” dados as incertezas dos acontecimentos futuros e seus impactos no cenário econômico, assim como também diante das dificuldades de definir, observar, medir e controlar o objeto a ser pactuado (p. 10).

Tanto os países desenvolvidos como aqueles em desenvolvimento, obtiveram êxitos e insucessos na implementação de processos contratuais. Destarte, observa-se em Lima (2009) alguns obstáculos associados ao planejamento, implementação e financiamento da contratualização, tais como a pouca de autonomia administrativa dos prestadores em virtude das limitações legais existentes no serviço público.

Para contornar este problema, os hospitais passaram a ter mais autonomia, como observado no Reino Unido, onde os hospitais públicos adquiriram *status* de empresa (*trusts*) de propriedade estatal. Similarmente na França, em 1991, foi concedida mais autonomia aos hospitais com a institucionalização dos estabelecimentos públicos de saúde (*Établissement public santé*/EPS).

Outro obstáculo destacado pela autora é o despreparo técnico tanto do contratante em gerenciar com a nova sistemática contratual em virtude exigência de novas habilidades, tais como: planejar, programar, negociar, monitorar e avaliar com também dos prestadores contratados em incorporar a metodologia de trabalho e exigências de novas posturas, como a pactuação e acompanhamento interno das metas de produção e de qualidade bem como a prestação de contas ao contratante.

Por fim, observa-se ainda a insuficiência de recursos para financiamento da implantação e desenvolvimento do processo de contratualização, como todo novo processo requer um aporte de recursos não somente pela elaboração dos planos de ação, metas e indicadores, mas também capacitação técnica, bem com investimento em instrumentos de monitoramento e avaliação e pagamento dos incentivos relacionados ao desempenho.

Como recomendações frente a estes obstáculos, Lima (2009) apresentou as alternativas adotadas em alguns países, tais com o fomento a capacidade de regulação e gestão Estatal e da capacidade de gestão do contratado, através da regulamentação legal das novas atribuições bem como qualificação técnica para lidar com novos parâmetros de trabalho.



O conhecimento a cerca da dinâmica e das especificidades do ambiente é de vital importância para a consolidação da sistemática contratual. Nesse sentido, ainda segundo Lima (2009), observou-se a necessidade de implantação de sistemas de informação para conhecimentos dos prestadores e da população atendida bem como para monitoramento e avaliação das metas e indicadores.

Por outro lado, esta autora observou a importância da construção de um sistema de incentivos associado ao desempenho que seja capaz de atrair os prestadores em benefício da qualidade do cuidado, conforme ocorrido na França, Reino Unido, e Argentina, onde os incentivos beneficiavam não somente os hospitais, mas também as equipes de profissionais ligados à assistência.

O processo de contratualização requer um planejamento financeiro e logístico adequado em vista da mudança de paradigma de gestão da saúde em nível nacional. Assim, deve-se considerar um incremento de gastos, num curto prazo, correspondente aos custos de planejamento, implementação e manutenção/continuidade do processo de contratualização.

Outro aspecto relacionado, diz respeito à ênfase que dada à negociação, cooperação e comunicação entre contratante e prestadores. Nesse sentido a literatura destaca os benefícios da contratação baseada em parceria, colaboração, comunicação direta entre as parte, que aquela baseada na dinâmica da concorrência de mercado, uma vez que a longevidade dos processos requer constantes rodadas de diálogos e negociação que devem envolver não somente os representantes das partes, mas também profissionais ligados à assistência. Destacam-se ainda especificidades regionais, como hospitais localizados em áreas rurais, onde muitas vezes são os únicos na região, não há sentido estabelecer regras de mercado, o mais sensato é estabelecer mecanismos cooperação e parceria.

Por fim, Lima (2009) estabelece dois fatores importantes na consolidação dos arranjos contratuais: a) a necessária articulação com o planejamento da saúde; e b) a formulação de uma política de contratualização. Dessa maneira, o processo de planejamento em saúde, que contempla as prioridades e necessidades da população, otimiza a distribuição dos recursos, orienta a composição das metas e indicadores apresentados nos arranjos contratuais, ao mesmo tempo em que se apresenta como ferramenta de coordenação e conexão entre as unidades integrantes da rede de assistencial – hospitais, ambulatórios de atenção básica e especializadas, bem como internamente, em cada unidades assistencial – serviço de emergência, internação e ambulatório.

De modo oposto, as experiências contratuais ocorridas de maneira isolada e descoordenada do sistema de saúde apresentam resultados limitados, fragmentam as ações de cuidado, assim como incorrem em maiores custos correntes. Assim, "os arranjos contratuais, para contribuir para a melhoria do desempenho dos sistemas e serviços de saúde e para serem utilizados em seu pleno potencial, não podem ser introduzidos de forma isolada de outras iniciativas de estruturação do campo gerencial e assistencial" (Lima, 2009, p. 97).

Destarte, observou-se que a consolidação e o aperfeiçoamento de experiências contratuais possibilitaram a formulação de uma política nacional de contratualização, constituindo-a como uma política de Estado vinculada as diretrizes da política nacional de saúde como também a construção de uma estrutura legal que assegura a manutenção do sistema. Entretanto, países como Reino Unido e França instituíram uma política de contratualização e posteriormente difundiram a sistemática em nível nacional (Lima, 2009).

A política nacional de contratualização é importante por que dá transparência as diretrizes e parâmetros de assistenciais em saúde, define as responsabilidades conferidas ao Estado e aos prestadores, possibilita o adequado dimensionamento de recursos, em busca da melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados e à população.

Como benefícios advindos com os arranjos contratuais, observou-se uma mudança de comportamento dos gestores, tais como maior foco sobre objetivos, metas assistenciais, melhoria da qualidade, diminuição dos custos, monitoramento de padrões de desempenho como instrumentos essenciais para tomada de decisão gerencial; e ainda, maior transparência e entendimento da responsabilidade dos dirigentes públicos e gestores de serviços de saúde e profissionais da área, bem como maior consciência da população quanto aos seus direitos ao acesso, à qualidade dos serviços, e conhecimento da aplicação dos recursos.

As melhorias resultantes da implantação de arranjos na gestão de serviços hospitalares têm se mostrado mais evidente em países desenvolvidos, através da introdução de padrões de desempenho, monitoramento dos indicadores. Já nos países em desenvolvimento, como Argentina, Chile e Uruguai, a evidência de melhorias decorrentes da introdução dos contratos é menor, ao contrário de aspectos como baixa autonomia e preparo gerencial dos prestadores, insipiente estrutura de incentivos e ausência de aplicação de penalidades (Lima, 2009, p. 98).

Para Alves (2011, p. 148):

A performance das organizações públicas e dos profissionais não são fáceis de medir, daí a ausência de avaliação e de prestação de contas efectivas. Por isso é essencial investir em sistemas de informação e de medição que evitem os problemas de agência e facilitem a melhoria da performance e o seu conhecimento pelos clientes, facilitando as suas escolhas.

Para Heyer (2011, p. 422) “uma das principais razões para empreender um programa de reforma do setor público sob a ótica da Nova Gestão Pública, é para implementar um sistema de gerenciamento de desempenho.” Dessa maneira, objetiva-se a melhoria da eficiência e da eficácia nos serviços e nas organizações públicas, ao mesmo tempo em que se promove a prestação de contas e a melhoria dos serviços prestados.

Assim, destacam-se as seguintes características: o desenvolvimento de um Plano Estratégico; definição das metas e objetivos institucionais e individuais; desenvolvimento de indicadores de desempenho organizacional e individual; desenvolvimento e implementação de uma estrutura de Plano Corporativo coerente; desenvolvimento e implementação de um processo de avaliação individual; ligação entre as estratégias organizacionais e os objetivos de distribuições de cargos; e o desenvolvimento e implementação de análise organizacional e estrutura de avaliação de desempenho.

Os arranjos de desempenho definem claramente as responsabilidades de quadro funcional e seus gerentes e o que se espera de sua assistência. A característica final desta abordagem permite que o desempenho das organizações possa ser mensurado e que isto promova as correções necessárias ao processo (Heyer, 2011).

Os arranjos contratuais passaram a ser utilizados nas organizações de saúde com objetivo de melhorar o desempenho dos serviços prestados e a qualidade de vida da população (Lima, 2009, p.7). Por outro lado, em World Bank (2009) e Forgia e Couttelenc (2009) observa-se que a falta de incentivos financeiros contribui negativamente para a melhoria do desempenho organizacional.

Conceitua-se gestão, ou modelo gerencial como “o conjunto de conhecimentos, ações, técnicas e ferramentas que são empregadas em uma organização para assegurar que o alcance de seus objetivos e um desempenho esperado – produtos e/ou serviços –, segundo padrões de eficiências e de qualidade, atendendo às expectativas” (Lima, 2009, p.44).

A autora ainda observa que a gestão das organizações de saúde recebe uma análise diferenciada em virtude de sua estrutura de trabalho confluyente entre categorias profissionais e a dinâmica dos processos de trabalho, nesse sentido, trabalha com o modelo de Mintzberg (1995) e Mintzberg e Quinn (2001, como citado em Lima, 2006, p. 45), para explicar a dinâmica organizacional das instituições de saúde, são classificadas como burocracias profissionais e organizações profissionais.

Nesta classificação, a sistemática de coordenação do trabalho existente é a padronização das qualificações entendidas como conhecimentos e habilidades profissionais

decorrentes de treinamento formal especializado. Essa realidade abriga uma relativa interdependência entre as ações das categorias profissionais que desempenham serviços finalísticos e a alta gestão organizacional.

### **3.5 Organizações hospitalares: especificidades, gestão e desempenho (ou especificidades e desafios)**

O conceito de hospital tem sido amplamente discutido na literatura. Segundo a Organização Mundial de Saúde, "hospital é parte de uma organização médica e social cuja missão é proporcionar às pessoas com assistência médica-sanitária integral, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam para o campo da família; o hospital também é centro de formação de pessoal médico-sanitário e de pesquisa biossocial" (OMS, 1957).

Esta abordagem é corroborada por Vecina Neto e Malik (2007) ao afirmarem sua adequação para os dias de hoje. Contudo, McKee e Healy (2001) e Machado e Kuchenbecker (2007) ponderam que a organização hospitalar deve ser entendida em seu contexto histórico, socioeconômico e político, uma vez que se trata de uma organização que interage não somente no sistema de saúde, mas também é referência para formação e capacitação profissional, incorpora um volume significativo de recursos financeiros para sua manutenção como também os melhores profissionais das várias especialidades e carreiras da saúde. Destarte, para os autores os hospitais têm evoluído conforme o desenvolvimento econômico, social e político.

Com o desenvolvimento industrial e crescimento das cidades, a partir do século XVIII, observou-se o aumento do número de hospitais vinculados à propriedade privada, não religiosa, bem como uma maior participação do estado na função assistencial. Dessa maneira, no final do século XIX as grandes cidades europeias possuíam hospitais públicos e privados. Os hospitais públicos passaram a ser referência na formação profissional e pesquisas em saúde (McKee & Healy, 2001).

Ao longo do tempo a participação do Estado no financiamento da saúde aumentou para possibilitou a cobertura de investimentos em novas tecnologias de diagnose, tratamentos das enfermidades existentes e novas endemias bem como o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas para combate às doenças com câncer bem como as relacionadas aos traumas de guerra (McKee & Healy, 2001).

Para Alves (2011), nas últimas décadas os hospitais passaram por diversas transformações em suas funções: prestação de cuidados especializados diferenciados, bem como agregaram maior tecnologia em seus procedimentos. Além disso, comporta atividades de ensino (graduação, pós-graduação) e pesquisa (investigação em saúde), e ainda colabora para a sustentação dos sistemas de saúde bem como para o fortalecimento da mão de obra produtiva e da economia.

O alto grau de qualificação e especialização dos profissionais das organizações hospitalares constitui uma fonte de vantagem competitiva, mas também apresenta alguns desafios para a gestão eficaz.

Cada uma das diversas categorias profissionais que compõem a força de trabalho de um hospital possui códigos de conduta e regulamentos próprios, que para se integrarem de maneira eficaz necessita de uma abordagem superior que compreenda os mecanismos do trabalho multiprofissional, proporcione inovação tecnológica necessária e ao mesmo tempo passa empreender nas atividades assistenciais as melhorias que instituição necessita. Para o autor "a confluência de grupos profissionais reforça a necessidade de descentralização e de coordenação das suas intervenções" (Alves, 2011, p. 162).

Em Varela (2005), observou-se que a prática das ações de Marketing em instituições de saúde colabora para melhoria na qualidade assistencial ao mesmo tempo em que estreita a relação o profissional assistente e seu paciente.

Para Alves (2011) o fio condutor de um hospital é a quantidade e a qualidade de serviços prestados, uma vez espera-se atender em maior número da melhor maneira possível. Sendo assim, este autor observa algumas características peculiares destas instituições:

- **Objeto:** as ações assistenciais sobrepõem-se às administrativas, como também representam a maioria dos processos operacionais, sendo o paciente "um input", "um parceiro" e "um produto".
- **Procura:** ambiente aberto à demanda espontânea ou referenciada, onde os processos de investigação ao mesmo tempo em refletem incerteza requerem respostas imediatas e precisas.
- **Operações:** atividades altamente especializadas e variáveis, que exigem ao mesmo tempo equipe multiprofissional capacitada, ajustes constantes no decorrer da assistência, pouca tolerância a erros. Assistência e ensino interatuam constantemente, assim como constitui uma área de interesse estratégico de intervenção Estatal.

- **Profissionais:** quadro profissional diversificado e qualificado, caracterizado pela autonomia técnica e corporativismo das especialidades.
- **Gestão e avaliação:** apresentam duas linhas de gestão, a clínica e administrativa, tendo a primeira sobreposição à segunda. Processo de produtivos difíceis de serem mensurados em volume, qualidade e eficiência, dada a diversidade de serviços e produtos.

A combinação destes fatores torna as instituições hospitalares uma das mais complexas de se gerenciar. Em comparação com as Universidades, as quais também possuem "profissionais altamente qualificados, grande assimetria de informação, dificuldade de comparar produtos, mercado oligopolista e com concorrência limitada" (Alves, 2011, p. 165).

Entretanto, comparada ao hospital, a complexidade dos processos operacionais na Universidade é menor, não somente nos arranjos entre profissionais e unidades, na adaptação das ações a cada doente em decorrência da gravidade de cada caso, mas também pelos produtos realizados, os quais são mais diversificados e menos vulnerável à coordenação externa.

Por outro lado, há pressões exercidas pelo ambiente externo em integrar os hospitais à evolução do sistema de saúde, tais como envelhecimento populacional, aparecimento de novas doenças, assim como também novas tecnologia para tratamento e cura, mudanças no nível de emprego, padrão de vida sociedade e grau de investimento Estatal (McKee & Healy, 2001; Varela, 2005; Vecina Neto & Malik, 2007; Alves, 2011).

Para Varela (2005), os hospitais públicos estão menos focados às necessidades do mercado e pela sua natureza, são menos autônomos e flexíveis que o setor privado. “A sua missão é servir a comunidade como um todo, através de fundos públicos existindo menos razões ou incentivos para redução de custos e aumento de produtividade, pois os seus recursos não têm relação directa com a sua actividade” (Varela, 2005, p.63).

Os hospitais brasileiros necessitam aumentar se nível de eficiência e assim apresentar melhor qualidade de seus serviços prestados bem como, aumentar a oferta de serviços e diminuir os custos dos processos. Assim, enumeram cinco principais determinantes da pouca eficiência e baixa qualidade hospitalar: "governança hospitalar rígida e com baixa responsabilização; coordenação frágil e planejamento distorcido da capacidade; financiamento passivo, distorcido e diluído; ausências de programas sistemáticos e contínuos para padronizar tratamentos e medir e garantir qualidade; e ausência de informações adequadas para a tomada de decisões" (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 379).

A primeira limitação refere-se à rigidez e baixa responsabilização da governança hospitalar, características incompatíveis com a gestão hospitalar moderna. Segundo os autores supracitados, o Estado centraliza as principais funções administrativas, regulatórias e financeiras no sistema de saúde, isso por um lado limita a autoridade dos gestores hospitalares em gerenciar suas equipes de profissionais e unidades de serviços. Por outro lado, essa realidade engessa a administração pública, propicia a interferência política, desestimula o uso de novas práticas gerenciais. Em hospitais filantrópicos, essa estrutura causa "a sobreposição e informalidade na governança e nas funções administrativas, associadas a um frágil controle e a um ambiente de pouca informação, podem comprometer o desempenho desses hospitais" (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 379).

Os autores ainda dizem que os mecanismos de financiamento não incentivam a melhoria de desempenho dos serviços de saúde, não cobrem os custos da maioria dos procedimentos realizados, com exceção daqueles de alta complexidade. Essa realidade torna os procedimentos melhor remunerados mais atrativos em detrimento daqueles deficitários, o que vem distorcendo a oferta de serviços, comprometendo a integralidade e a qualidade da assistência prestada à população.

Para os autores, "o teto financeiro imposto pelo SUS fixa um limite global dos gastos, mas não encoraja comportamentos por parte dos prestadores que resultem em uso eficiente dos recursos institucionais" (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 380). Destarte, são poucas as instituições públicas de saúde no Brasil que gerenciam os recursos financeiros com foco no aumento da eficiência ao contrário de outros países onde os recursos públicos são usados para estimular a melhoria de serviços prestados.

Por outro lado, a grande diferença entre os custos dos procedimentos o valor pagos pelos contratantes de serviços pode distorcer a lógica do sistema de saúde com a especialização das instituições filantrópicas em procedimentos melhor remunerados e consequente absorção dos demais casos por instituições públicas, as quais têm porta aberta para tratar todos os casos, o que gera para estes crescentes déficits financeiros.

A contratação é feita de forma passiva e, com frequência, mal gerenciada. Os convênios são essencialmente instrumentos legais utilizados para repassar recursos para prestadores de serviços privados, tradicionalmente ligados ao sistema público (essencialmente instituições filantrópicas) (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 381).

O mecanismo de pagamento por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), consiste em uma tabela predefinida de reembolso associada a produtos ou serviços (na forma de procedimentos). É utilizado para o pagamento de hospitais privados conveniados com SUS e, teoricamente poderia contribuir para o uso mais eficiente dos recursos [...] é desprovido de mecanismos de responsabilização e não é utilizado

para criar incentivos para melhorar a produção, a qualidade e a eficiência dos serviços hospitalares (La Forgia & Couttlenc, 2009, p. 380).

As redes regionais de saúde não dispõem de mecanismo que visem o gerenciamento e coordenação da oferta de serviços dos hospitais em vista da otimização dos recursos disponíveis e eficiência do sistema, acarretando perda de economia de escala e repasse dos custos entre prestadores (La Forgia & Couttlenc, 2009).

Segundo os autores, no Brasil, muitos hospitais são construídos ou ampliados sem planejamento consistente que vise o aumento e melhoria de distribuição da oferta de serviços. Essas estruturas são geralmente de pequeno porte, sem logística adequada, demandam alto investimento tecnológico, porém, não produzem respostas adequadas, e em muitos casos, sequer chegam a funcionar. Esta situação torna aumenta os custos dos serviços, distorce o uso de recurso e compromete a qualidade da assistência.

Para La Forgia & Couttlenc (2009), o Brasil possui uma boa estrutura de regulação da segurança, de controle da qualidade e de fomento à pesquisa biomédica e clínica, como por exemplo, a rede sentinela de vigilância em saúde, sistemas de certificação e acreditação hospitalar e programas de incentivo à pesquisa clínica. Como resultado desses avanços, observa-se um amplo crescimento da indústria farmacológica e na área de equipamentos médico hospitalar. Contudo, esse progresso não chega à grande maioria dos hospitais do país. Na opinião dos autores, não há sistematização e consistência nas ações que visem medir e melhorar a qualidade dos hospitais brasileiros.

Outro aspecto abordado pelos autores é a ausência de **informações adequadas** sobre produção, qualidade da assistência, ou custo dos procedimentos realizados, o que dificulta a construção de mecanismos consistentes de pagamento, compromete o adequado monitoramento e avaliação do desempenho, bem como o planejamento e a tomada de decisões.

Para La Forgia e Couttlenc (2009), deve-se aproveitar as recentes e exitosas experiências brasileiras bem como daqueles países que obtiveram bons resultados nas reformas de seus sistemas de saúde. Nesse sentido, os autores destacam o êxito de parcerias entre o Brasil e Estado Unidos, para realização de pesquisas, treinamento e intercâmbio profissional na área de segurança em saúde; plano de investimento para estruturação e ampliação da rede assistencial, encontrado nos estados no Paraná e Minas Gerais; melhoria e monitoramento da qualidade dos serviços, como o Programa de investimento do MS QUALISUS-REDE; otimização dos recursos financeiros aplicados no sistema de saúde, com



a instituição de consórcios municipais (Lei 11.107/2005) e a Política para Pequenos Hospitais dos MS.

Ainda como sugestão dos autores, destaca-se a necessidade de reestruturação do mecanismo de pagamento atual AIH/SIA do MS no sentido aumentar a abrangência das informações relacionadas, padronizar os grupos de serviços, das entradas de informações e da metodologia de apuração e análise dos custos dos procedimentos. Nesse sentido, essa reestruturação poderá contribuir ainda para a melhoria dos sistemas de informações dos pacientes e dos serviços bem como para a construção de orçamentos globais e avaliação do desempenho dessas organizações.

Conforme também encontrado em Varela (2005):

“A sociedade, diante do serviço de saúde, tem uma expectativa; tem um desejo e espera que a sua necessidade seja atendida. A sociedade espera um tratamento com dignidade, respeito e qualidade. Para isso, a instituição deve estar preparada no que diz respeito a capacidade tecnológica e humana; deve ter um corpo administrativo muito bem orientado e equilibrado para que o serviço aconteça” (Varela, 2005, p.78).

Dessa menira, faz-se necessário fortalecer a assistência prestada através de investimento em programas de melhoria da qualidade, mas é necessário também cobrar o cumprimento das exigências dos programas de licenciamento.

#### ▪ **Hospitais de Ensino**

Os primeiros hospitais universitários no Brasil têm sua origem vinculada à assistência pública e previdenciária ofertadas pela União como hospitais gerais a partir do século XX. Posteriormente, o MS direcionou o atendimento dessas unidades para tratamento de patologias específicas, tais como doenças mentais, oncologia, tisiologia, e reabilitação (La Forgia & Couttelenc, 2009).

No Brasil, os Hospitais Universitários, ou de Ensino, são instituições centrais de duas políticas de Estado - educação superior e promoção à saúde, contudo observa-se um importante grau de heterogeneidade em suas "naturezas jurídico-legais, perfis assistenciais, níveis de complexidade, porte, modelos de gestão até a vinculação com as Universidades e com o Sistema Único de Saúde (SUS)" (Machado & Kuchenbecker, 2007, p. 873).

A organização hospitalar de ensino é descrita como uma das mais complexas estudadas, pois envolvem diferentes abordagens que vão desde modelo de gestão, inserção no sistema de saúde, tipos de assistência como também são estudados a contribuição para a

formação profissional, a incorporação de novas tecnologias em saúde, entre tantos outros aspectos (Machado & Kuchenbecker, 2007; Marinho, 2001; Médici, 2001).

A concepção tradicional define um hospital universitário (HU) como uma instituição que se caracteriza: (a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) por prover treinamento universitário na área de saúde; (c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população. Mas nas últimas duas décadas, ampliou-se nos países desenvolvidos a autonomia dos hospitais universitários, os quais passam a manter funções definidas nos sistemas de saúde e a se subordinar progressivamente à lógica desses sistemas (Médici, 2001, pp. 149-150).

Atualmente, são instituições de referência em especialidades de média e alta complexidade, vinculadas às universidades e que promovem a prática do ensino em saúde, subsidiam a produção de pesquisa científica bem como a formação e qualificação profissional das mais diversas áreas do conhecimento (Marinho, 2001; Médici, 2001).

Trata-se de instituições muito dispendiosas, por concentrarem a assistência em saúde de nível terciário (alta complexidade), alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros, atividades de ensino e pesquisa, e, por consequência disso tudo, um papel político muito importante na região onde estão situadas (Médici, 2001).

Conforme Médici (2001), existe uma tendência em tornar os hospitais universitários em instituições modelares, avaliadas e acreditadas por instituições especializadas externas ao hospital. É consenso também concentrar cada vez mais as estratégias destas instituições de saúde aos procedimentos de alta complexidade na rede regional de referência e direcionar as demandas de menor complexidade às unidades básicas, o que significa transferir a maior parte dos problemas hoje tratados por estes hospitais.

#### ▪ **Hospitais Filantrópicos**

O modelo de assistência hospitalar vinculado a entidades religiosas foi disseminado no Brasil a partir das experiências de países europeus como Portugal e Espanha, isso ocorreu de tal maneira que grande parte das cidades de médio porte possui um hospital construído por uma organização religiosa. Entretanto, ao longo do tempo a administração dos hospitais filantrópicos passou a ser assumida por gestores profissionais - médicos ou administradores públicos (La Forgia & Couttelenc, 2009).

A importância dos hospitais filantrópicos no sistema de saúde brasileiro é refletida pelo considerável inserção na rede do SUS bem como no volume de recursos destinado a este segmento, representando respectivamente cerca de 75% dos leitos de internação ofertados no Brasil e 34% dos repasses federais em 2002 (La Forgia & Couttelenc, 2009; MS, 2012).

## 4. METODOLOGIA

São vários os meios capazes de evidenciar teoricamente e empiricamente um estudo científico. É função de metodologia distingui-los e apropriá-los. Destarte, a metodologia "examina, descreve e avalia métodos e técnicas de pesquisa que possibilitam a coleta e o processamento de informações, visando ao encaminhamento e à resolução de problemas e/ou questões de investigação" (Prodanov & Freitas, 2013, p. 14).

Neste capítulo são abordados os aspectos metodológicos relativos à pesquisa: delineamento da pesquisa, universo da pesquisa, coleta de dados, seleção dos respondentes, técnica e análise de dados e limitações do presente estudo.

### 4.1 Delineamento da pesquisa

A fundamentação teórica do presente estudo foi a Teoria da Agência, que aborda o comportamento dos agentes nas relações contratuais.

A pesquisa bibliográfica consistiu na busca por artigos científicos de revistas com classificação A e B, publicações de organismos nacionais e internacionais bem como trabalhos científicos e livros referenciados nesta área, que trataram do tema arranjos contratuais em sistemas de saúde, especialmente na área hospitalar. As bases de dados consultadas foram BVS/MS, EBSCOHOST, LILACS, SCIELO e ELSEVIER, destacando-se como termos chaves: *contracting*, *contracting health services/systems*, *contracting hospitals*, *health systems*, *new public management*, *theory agency*, *contratualização*, *reestruturação hospitalar*, *desempenho hospitalar*, *sistema de saúde*, *nova gestão pública*, *teoria da agência*.

Tendo em vista que o problema refere-se ao comportamento das organizações de saúde a partir da intervenção do Estado como formador de política e regulador das atividades inerentes a este setor. Como metodologia de pesquisa adotou-se a análise qualitativa, dada a relevante significância deste processo de construção do conhecimento no ambiente gerencial, social e econômico (Machado & Kuchenbecker, 2007; World Bank, 2007; FGV, 2008; La Forgia & Couttelenc, 2009; Perdicaris, 2009, 2012; Lima, 2009; MS, 2012).

Segundo Viera (2006), a partir da década de 1990, tem sido observado o uso de pesquisas qualitativas nas mais diversas áreas do conhecimento, tais como gestão organizacional, sociologia, educação, psicologia e inclusive para avaliação de políticas públicas.

A pesquisa qualitativa fundamenta-se principalmente em análises qualitativas, baseadas em "conhecimentos teóricos-empíricos que permitem atribuir-lhes cientificidade" (Vieira, 2006, p. 17).

Na pesquisa qualitativa a "lógica e a coerência da argumentação não são baseadas simplesmente em relações estatísticas entre variáveis, por meio das quais certos objetos ou unidades de observação são descritos" (Alasuutari, 1995, p.7, conforme Vieira, 2006, p. 17). Mais adiante, Vieira (2006, p.17) pondera que "a definição de pesquisa qualitativa não implica exclusão de algumas análises quantitativas dos dados qualitativos."

Segundo Prodanov e Freitas (2013), "a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. [...] O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Tal pesquisa é descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem" (p. 70).

Considerando os resultados obtidos em Lima (2009) e MS (2012), os quais estudam os efeitos da inserção da contratualização em hospitais a partir da introdução do Programa de reestruturação hospitalar, este trabalho tem como base de investigação os métodos hipotético-dedutivo e dialético.

Autores como Gil, (2010); Marconi e Lakatos (2010); e Prodanov e Freitas (2012) entendem que o método hipotético dedutivo tem como base para a formação do conhecimento o seguinte processo: a formulação de um problema ou lacuna no conhecimento científico, seguida pela elaboração de hipóteses e por um mecanismo de teste e análise da ocorrência do fenômeno abordado pelas hipóteses anteriores (inferência dedutiva).

Estes mesmos autores entendem que o método dialético procura relacionar a interligação/interação de todos os agentes da natureza, ao mesmo tempo em que observa as contradições inerentes em cada relação. Dessa maneira, este método enfatiza as mudanças qualitativas de cada fenômeno.

Como meio de buscar a objetividade e precisão deste trabalho utilizou-se como meios técnicos de investigação o método histórico, observacional e comparativo. Conforme observado em Gil, (2010); Marconi e Lakatos (2010); e Prodanov e Freitas (2012), o método histórico baseia-se na investigação de fenômenos do passado para explicar sua influência na sociedade no presente. Já o método observacional, consiste em observar o fenômeno como acontece ou aconteceu, sem a interferência do pesquisados.

Por fim, o método comparativo trata de explicar de fenômenos através da análise dados concretos, retirando destes os "elementos constantes, abstratos e gerais" (Marconi & Lakatos, 2010, p. 89).

#### **4.2 Universo da pesquisa**

Foram compreendidos dois casos de contratualização: a) um hospital de ensino, situado na cidade de Maceió, capital do Estado de Alagoas; e b) um hospital filantrópico, situado na cidade de São Miguel dos Campos, interior deste Estado. Ambos os hospitais mantêm contrato de gestões com suas respectivas secretarias municipais desde 2006.

O principal motivo de escolha das instituições deveu-se à facilidade de acesso às informações e aos seus dirigentes.

#### **4.3 Seleção dos respondentes**

A entrevista realizada no HU foi com a Diretora Técnica Adjunta, encarregada da Coordenação de Informações Gerenciais (CIG) e Ambulatório Geral. A mesma possui 32 anos de trabalho na instituição nos mais diversos cargos, tais como, chefe da Clínica Médica e Ouvidora, entre outros. Para auxiliar nas respostas relacionadas à produção e indicadores hospitalares, contou-se com a colaboração da equipe técnica da Coordenação de Desenvolvimento Institucional (CDI).

Já no HF, o entrevistado foi o Diretor Administrativo, com 8 anos neste cargo, responsável direto pelo desenvolvimento e acompanhamento do planejamento organizacional e financeiro da instituição, inclusive das atividades inerentes à contratualização no hospital.

#### **4.4 Coleta de dados**

Como fonte de dados primária, o questionário utilizado para pesquisa foi adaptado do modelo apresentado em Lima (2009), aplicado, em quatro hospitais de ensino nas regiões sul e sudeste do país. Como forma de destacar a realidade loco-regional algumas questões foram adaptadas, outras incluídas para melhor compreender as peculiaridades das instituições pesquisadas sem, contudo comprometer a metodologia aplicada no trabalho anterior (Mathonnat, 2006).

Adicionalmente, foram pesquisados os endereços eletrônicos dos sistemas de informações do Ministério da Saúde - DATASUS/MS, CNES/MS e do Ministério da Educação - SIMEC/MEC, como fonte de dados secundários.

Também como fontes de dados secundários foram disponibilizados pelos diretores relatórios gerenciais, planos operativos e convênios das instituições pesquisadas.

#### **4.5 Técnica de análise de dados**

Logo após a digitação entrevistas, os arquivos com as respostas foram encaminhados aos dirigentes para revisão e aprovação das respostas. Sendo assim, o hospital de ensino foi identificado como HE, enquanto que o hospital filantrópico, como HF.

#### **4.6 Limitações do presente estudo**

O estudo apresenta algumas limitações, conforme os objetivos destacados, os quais direcionam a análise para as áreas de gestão e assistência. Ressalta-se que os Programas de Reestruturação tanto dos HU com dos HF, abordaram outras diretrizes de atuação, como os aspectos relacionados à formação profissional e educação permanente, e o desenvolvimento e avaliação tecnológica em saúde - sendo este último aspecto pertencente apenas ao programa dos HU (MS, 2012).

As informações relativas à produção, receita e despesas foram respondidas completamente apenas por um hospital, o que limitou o presente estudo às informações dos sistemas oficiais do MEC e MS.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Para aplicação do questionário no HE o projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado pela Direção de Ensino e Pesquisa. Já o questionário aplicado no HF não foi necessário a apresentação do projeto. Contudo, a entrevista bem como o fornecimento dos dados foi autorizada pela direção administrativa da instituição.

## **5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS**

### **5.1 Caracterização dos hospitais**

Os resultados a seguir obedecem a sequência do questionário (Lima, 2009). Nesse sentido, este capítulo contém duas partes: a caracterização dos hospitais estudados e caracterização dos processos de contratualização.

Na caracterização dos hospitais estudados são apresentadas informações extraídas dos sistemas de informações das instituições entrevistadas bem como do CNES: a vinculação à esfera administrativa, natureza jurídico-administrativa, localização geográfica, porte de leitos, fatores estruturais que expressam a complexidade da assistência hospitalar. Apresentam-se ainda a produção assistencial e os indicadores hospitalares, relativos aos anos de 2006 e 2012, conforme sistemas de informações das instituições entrevistadas.

Posteriormente, ainda na parte da caracterização dos hospitais, a partir da percepção dos dirigentes hospitalares, são identificadas a relação do processo de contratualização com a complexidade assistencial, produção de atividades, indicadores hospitalares, mecanismos de inserção na rede, bem como no que concerne a presença de estruturas e práticas qualificadoras da assistência e da gestão (Lima, 2009).

Na segunda parte, apresenta-se a caracterização dos arranjos contratuais nas instituições estudadas, a partir percepção de seus respectivos gestores. Inicialmente, são expostos os componentes estruturantes da contratualização e posteriormente, os principais aspectos facilitadores, as dificuldades, os benefícios e as proposições de ajustes em busca da melhoria dos processos de contratualização analisados.

Foram dois gestores entrevistados, sendo 1 (um) dirigente do HE 1 (um) dirigente do HF. Representando o Conselho Diretor do HE, aponta-se a Diretora Técnica Adjunta, que ocupa esta função desde 2011. Contudo, anteriormente exerceu funções de coordenação da Ouvidoria, gerência do ambulatório, da Clínica Médica, entre outros cargos, e atualmente acumula as funções de direção adjunta com a CIG, perfazendo o total de 32 anos de atuação nesta instituição. Para ter como auxílio à entrevista do HE, a CDI apresentou as informações referentes à produção e aos indicadores hospitalares.

Da parte do HF, representando a diretoria, foi entrevistado o Diretor Administrativo, o qual está no cargo desde 2005, e o mesmo participa diretamente do processo de contratualização.



### ***5.1.1 Identificação do hospital***

Conforme o CNES/MS os hospitais entrevistados, HE e HF, são caracterizados respectivamente, como hospital federal de ensino e entidade beneficente sem fins lucrativos. O HE localiza-se na Cidade Maceió, capital do estado de Alagoas, enquanto que o HF está localizado na cidade de São Miguel dos Campos, também no estado de Alagoas.

### ***5.1.2 Perfil, produção assistencial e mecanismos de inserção na rede e a relação com a contratualização***

Ambas as instituições são hospitais gerais, contêm leitos de internação, leitos de tratamento intensivo e leitos de hospital-dia (apenas o HE). Segundo classificação do MS, em 2012, o HE é considerado de grande porte com 203 (duzentos e três) leitos, enquanto que o HF com 140 (cento e quarenta) leitos é considerado como de médio porte.

O HE é contratualizado com a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió desde 2006, com a qual pactua a oferta de seus serviços assistenciais através da assinatura de convênio, entre a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e a Prefeitura Municipal de Maceió. Desde esse período, renovou o convênio em 2009 e em 2012 apresentou um proposto de novo Plano Operativo Anual ao Gestor Municipal de Saúde, o qual só foi aprovado em outubro de 2013.

Entre os anos de 2006 a 2012, observou-se um aumento do número de leitos bem como na produção de alguns serviços. Entretanto, no primeiro caso, deve-se levar em consideração a crescente procura por leitos, dado o histórico processo de falta de investimento em atenção primária em todo país (Lima, 2009; World Bank 2007; La Forgia e Colttelenc, 2009; WHO, 2000). Contudo, o fato de ser um hospital contratualizado proporcionou a participação em programas de investimentos públicos em áreas estratégicas, como oncologia, neurocirurgia, nefrologia, rede cegonha (de assistência materno-infantil).

Observou-se um incremento no número de leitos nas unidades de clínica cirúrgica, clínica médica, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCI) e UTI Geral. Quanto ao volume de produção, este não se mostrou muito significativa em virtude da subnotificação de procedimentos, o que corresponde a cerca de 25% de procedimento não notificados, relatada pela entrevistada. Com a implantação do sistema de informações no segundo semestre de 2010, em alguns casos, observou-se uma aproximação entre a produção e quantitativo faturado.

No que se refere à complexidade dos serviços oferecidos, na média complexidade, o HE atende/possui serviço de urgência e emergência apenas em obstetrícia, que a princípio deveria ser referenciado. Adicionalmente, a instituição é referência estadual para o tratamento de gestante de alto risco. Contudo, diante do número reduzido de leitos de obstetrícia no Estado, o hospital recebe também gestante de médio risco.

A assistência ambulatorial de média complexidade compreende os seguintes serviços: consultas especializadas, diagnose e terapia em laboratório de análises clínica, anatomia patológica, imagem, fonoaudiologia, oftalmologia, ginecologia, urologia, broncoscopia, otorrino, coloproctologia, endoscopia, cardiologia e medicina física e reabilitação. Na alta complexidade, dispõe-se de tomografia, medicina nuclear, ressonância magnética, quimioterapia, hemoterapia e nefrologia.

A assistência hospitalar de média complexidade compreende as especialidades relacionadas à cirurgia, clínica médica, pediatria e obstetrícia. Em destaque, observou-se que na alta complexidade o HE oferece tratamento em oncologia, nefrologia, neurocirurgia, cirurgia bariátrica, transplante de córnea, acompanhamento pós-transplante e busca ativa de órgãos.

O HF é contratualizado com a Secretaria Municipal de Saúde de São Miguel dos Campos desde 2006, com a qual pactua a oferta de seus serviços assistenciais de média complexidade, através da assinatura de convênio, entre dirigentes da instituição, da Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde. Neste íterim, o convênio foi renovado duas vezes através da assinatura de termos aditivo e novos planos operativos. Em 2013, houve assinatura de outro convênio com adição do serviço de nefrologia (alta complexidade estratégica), contudo, este não é objeto de estudo do presente trabalho.

Observou-se um aumento no número de leitos no período estudado com criação da UCI Neonatal e novos leitos de internação. É tido como referência para 8 (oito) municípios circunvizinhos para atendimento de urgência e emergência geral, ambulatório e internação. Nesse contexto, a instituição é referência na assistência materna-infantil, com cuidado nas áreas de urgência, internação, tratamento clínico e cirúrgico. O HF integra a Rede de Hospitais denominada *Amigo da criança* do United Nations Children's Fund (UNICEF), título esse concedido aos hospitais que incentivam e proporcionam condições para o aleitamento materno.

Em nível ambulatorial, o HF oferece consultas ambulatoriais especializadas, bem como os serviços de diagnósticos e terapias em laboratório de análises clínicas, imagem, endoscopia digestiva, ecocardiograma, audiometria, fisioterapia, fonoaudiologia.

A assistência hospitalar compreende as especialidades relacionadas à cirurgia, clínica médica, pediatria e obstetrícia, com leitos de tratamento intensivo adulto e de cuidado intermediário neonatal. Além do SUS, atende também convênios.

O quantitativo de leitos do quadro 2 teve como fonte de informações relatórios dos respectivos hospitais, uma vez que os dados do CNES/MS, neste período encontravam-se desatualizados. Destarte, em 2012 a distribuição de leitos do HE obedecia a seguinte proporção: 60 leitos de obstetrícia, 41 leitos de clínica cirúrgica, 33 leitos de clínica médica, 22 leitos de pediatria e 8 leitos de hospital-dia.

No que se refere ao tratamento intensivo, era tipo II, o HE dispunha de 19 leitos de UCI Neonatal, 10 leitos de UTI Neonatal e 10 leitos de UTI Adulto. Já o HF tinha a distribuição de leitos da seguinte forma: 33 leitos de obstetrícia, 30 leitos de clínica cirúrgica, 27 leitos de clínica médica, 22 leitos de pediatria. Para tratamento intensivo, o HF dispunha de 8 leitos de UCI Neonatal, e 7 leitos de UTI Adulto.

No que se a oferta de leitos para o SUS, o HE disponibiliza 100% de sua capacidade, enquanto que o HF tem disponibilizado 87%. Nesse sentido, as instituições obedecem à legislação vigente (Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.006/2004; Portaria MS n. 3.024/2011).

**Tabela 2 - Número de leitos existentes e leitos SUS no HE e no HF (2012)**

Leitos	HE <sup>1</sup>			HF <sup>2</sup>		
	Existentes	SUS	%	Existentes	SUS	%
Gerais	164	164	100	125	107	85,6
Intensivos	39	39	100	15	15	100
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>203</b>	<b>100</b>	<b>140</b>	<b>122</b>	<b>87,1</b>

**Fonte:** <sup>1</sup>Relatório de Gestão 2012 HE; <sup>2</sup>Relatório Gerencial 2012 HF.

Segundo o CNES/MS, em ambas as instituições hospitalares as unidades de tratamento intensivo adulto tinham classificação tipo II, a UTI Neonatal do HE tinha classificação tipo II. A classificação do MS qualifica as Unidades de Tratamentos Intensivos (UTIs) em três tipos considerando a incorporação tecnológica, a especialização dos recursos humanos; e a área física disponível, sendo tipo I para aquelas menos estruturadas e tipo III para as mais estruturadas (Portaria GM/MS n. 3.432/1998).

Observa-se maior adensamento tecnológico no HE, porque além de possuir maior número de leitos de tratamento intensivo, inclusive de UTI Neonatal tipo II, oferece serviços de alta complexidade, conforme tabela a seguir:

**Tabela 3 - Serviços de alta complexidade e estratégicos no HE e no HF (2012)**

Serviços	HE <sup>1</sup>	HF <sup>2</sup>
Hemodiálise <sup>4</sup>	S	N
Medicina Nuclear in vivo <sup>3</sup>	S	N
Quimioterapia <sup>3</sup>	S	N
Radioterapia <sup>3</sup>	S	N
Ressonância Magnética <sup>3</sup>	N	N
Tomografia <sup>3</sup>	S	N
Transplante de córnea <sup>4</sup>	S	N

**Fonte:** <sup>1</sup>SIMEC/MEC; <sup>2</sup>Relatório Gerencial 2012 HF. O serviço de hemodiálise está em fase de implantação no HF.

<sup>3</sup> Alta complexidade; <sup>4</sup> Procedimento estratégico.

S: Sim; N: Não.

Por outro lado, conforme recomendam as portarias dos programas de reestruturação dos HE (Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.006/2004, item I, letra 1) e programa de reestruturação dos HFs (Portaria MS n. 3.024/2011, item I, letra 1), no que se refere à diversificação das tecnologias do cuidado em vistas a diminuição do tempo de permanência da internação, tais como cirurgia ambulatorial, hospital-dia e atenção domiciliar hospitalar, observou-se que apenas o HE possui as três modalidades recomendadas. Entretanto, no que se refere à este aspecto, o HF ofertou apenas cirurgias ambulatoriais no período analisado.

A partir das informações extraídas dos sistemas de informações hospitalares (SIH) e ambulatoriais (SIA), entre os anos de 2006 e 2012 foi observada uma diminuição na produção geral dos hospitais analisados: 17% de queda no HE, enquanto o HF apresentou uma redução de 54% em sua produção.

**Tabela 4 - Produção por grupo de procedimentos em 2006 a 2012 no HE e HF**

Grupos de procedimentos	HE			HF		
	2006	2012	Variação	2006	2012	Variação
Atenção Básica	70.976	5.160	-65.816 -93%	331	83	-248 -75%
Média complexidade	309.058	293.132	-15.926 -5%	137.414	63.942	-7.472 -53%
Alta Complexidade	17.785	31.508	13.723 77%			0
<b>Total Apresentado</b>	<b>397.819</b>	<b>329.800</b>	<b>-68.019</b> <b>-17%</b>	<b>137.745</b>	<b>64.025</b>	<b>-73.720</b> <b>-54%</b>

**Fonte:** Sistemas SIA e SIH/SUS do DATASUS, em outubro de 2013. Referem-se aos "valores apresentados" segundo terminologia do DATASUS/MS.

A partir desses resultados, destaca-se aí a expressiva que em procedimentos de atenção básica, 93% e 75%, respectivamente no HE e HF. Entretanto, os procedimentos de AC, do HE, tiveram um incremento de 77% neste mesmo período. Em síntese, apesar da diminuição da assistência prestada, observada nas duas instituições, observou-se um direcionamento do cuidado, no caso do HE, para procedimentos de AC, muito embora a variação dos procedimentos de MC tenha apresentado uma queda de apenas 5%.

Na tabela 5, observou-se um aumento na taxa de mortalidade de ambos os hospitais analisados. Muito embora, deve-se ponderar que no caso do HE a concentração da assistência em procedimentos de AC pode justificar esse comportamento. Entretanto, o comportamento observado no HF deve-se ao fato de atender também urgência e emergência geral, não somente do município em que está localizado, mas também de mais outros oito circunvizinhos.

**Tabela 5 - Indicadores hospitalares em 2006 a 2012 no HE e HF**

Indicadores	HE		HF	
	2006	2012	2006	2012
Tempo médio de permanência (dias) <sup>1</sup>	5,60	5,50	2,60	3,30
Taxa de mortalidade hospitalar (%) <sup>2</sup>	2,99	3,54	1,60	2,98

**Fonte:** Sistemas SIA e SIH/SUS do DATASUS (outubro de 2013).

Nestas fórmulas, foram utilizadas n° de internações no denominador pois não havia o número de saídas: <sup>1</sup> TMP=dias de permanência/n° de internações no período. <sup>2</sup> TMH=n° de óbitos/n° de internações

Em sequência, destacaram-se as observações dos dirigentes em relação às mudanças ocorridas no perfil de assistência e complexidade de pacientes, volume de procedimentos realizados bem como dos indicadores hospitalares destacados no questionário a partir da inserção do processo dos arranjos contratuais, tais como: tempo médio de permanência (TMP), taxa de ocupação (TO), taxa de infecção (TI) e taxa de mortalidade (TM).

Nesse contexto, no que concerne ao perfil assistencial, o dirigente do HE destacou a queda expressiva da atenção básica, ainda existente por conta do ensino médico, bem como enfatizou um aumento da MC maior que na AC. Já o dirigente do HF não observou relação significativa neste período, muito embora tenha enfatizado posteriormente a tendência em realizar futuramente procedimentos de AC e passar o atendimento de urgência e emergência para unidades assistenciais do município.

Em relação aos indicadores hospitalares destacados no questionário, os dirigentes não observaram alterações significativas, entretanto, a dirigente do HE reconheceu que o aumento da complexidade pode ter influenciado na alteração de indicadores, como por exemplo, aumento da taxa de mortalidade. Em outra observação, a dirigente do HE destacou que o TMP é influenciado pelo fator ensino, que implica em internações mais prolongadas, dadas as sistemáticas de ensino bem como as pesquisas realizadas nas unidades de internação. Por outro lado, o dirigente o HF destacou que o TMP é prolongado pela falta de condições de remoção de pacientes aos seus municípios de origem.

**Tabela 6** - Alterações observadas no perfil assistencial, na produção e nos indicadores hospitalares entre 2006 a 2012 no HE e HF

Características assistenciais	HE		HF	
	Alteração	Relação contratualização	Alteração	Relação contratualização
Perfil assistencial - tipo de complexidade do serviço/paciente	S	S	S	S
Produção de procedimentos de atenção básica	S	S	S	S
Produção de procedimentos de MC e AC	S	S	S	S
Valores dos indicadores hospitalares (TMP, TO, TI, TM)	S	S <sup>1</sup>	NSI	N

**Fonte:** <sup>1</sup> Há exceção é a TMP. A dirigente observou que o TMP é condicionado pelos fatores relacionados ao ensino.

S: Sim; N: Não; I: Independente; D: Decorrente; NA: Não se aplica; NSI: Não sabe informar

### **5.1.3 Mecanismos qualificadores da performance assistencial e relação com a contratualização**

Este item refere-se aos mecanismos (estruturas e práticas) qualificadores da *performance* assistencial referidas em Lima (2009). Dos 35 mecanismos destacados na tabela 7, os gestores entrevistados responderam possuir 26 e 23, respectivamente, HE e HF.

No que se refere ao HE, a gestora relatou que a instituição possui alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária Geral, ou seja, para todo o hospital, sendo renovado anualmente. Já no HF, os serviços possuem licenças e são concedidas isoladamente, mas ainda falta o alvará geral. Em ambos os hospitais, os serviços básicos de auxílio ao diagnóstico como o laboratório de análises clínicas e o serviço de imagem funcionam 24 hora/dia. Adicionalmente, observou-se que no HE o laboratório participa do Programa Nacional de Controle da Qualidade (PNCQ).

Tanto no HE quanto no HF o serviço de farmácia também funciona 24 hora/dia. Entretanto, no turno da noite, não existia farmacêutico em alguns horários, no caso do He, a

gestora informou que isto se deve pelo déficit de pessoal, enquanto no HF, o gestor não ponderou sobre o assunto. Em ambos os hospitais o sistema de dispensação de medicamentos é de dose individualizada por paciente-dia (as doses são organizadas pela Farmácia por paciente para o dia – 24 horas, sem separação das doses por horário de administração). Adicionalmente, observou-se que apenas o HE possui comissão de farmácia terapêutica, criada antes mesmo da assinatura do 1º arranjo contratual com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A estruturação desses serviços não foi alterada por conta do processo de contratualização.

Tanto o HE quanto o HF tem o sistema de organização de prontuário único para cada paciente, obedecendo a legislação do SUS (Lei 8.080/90).

Em ambos os hospitais, foi relatada a atuação de diversas comissões, as quais realizam atividades especializadas de monitoramento e avaliação de indicadores em suas respectivas áreas. Em comum aos dois hospitais destacam-se a comissão de infecção hospitalar, que monitora regularmente a taxa de infecção hospitalar, o percentual das infecções hospitalares por localização topográfica e a taxa de infecção hospitalar por procedimento. Estas comissões realizam ainda busca ativa regular no laboratório de análises clínicas de resultados de culturas realizadas nos pacientes internos, padronização de produtos saneantes, além de treinar regularmente o pessoal de limpeza de enfermagem bem como orientar os técnicos da engenharia clínica sobre as exigências da VISA para reforma e ampliação de instalações.

Nos dois hospitais foi relatada a realização de sessões de discussão clínica semanais, ou pelo menos a cada quinze dias. No HE, a formalização de Diretrizes Clínicas (DC) e de enfermagem ocorreu pela exigência estabelecida no processo de certificação hospitalar em 2004, contudo já se dispunha de algumas rotinas não padronizadas em suas unidades, tais como a da oncologia e hospital-dia, e ainda na área administrativa. Já no HF, passou a utilizar DC apenas em 2011, em virtude do contrato de gestão, apenas nos serviços de urgência, UTI Adulto, UCI Neonatal, maternidade.

Em ambas as instituições a assistência hospitalar ocorre 24 horas/dia, com visitas diárias tanto dos médicos-assistentes bem como de enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Entretanto, no HE, em algumas unidades de internação a presença destes três últimos profissionais é limitada em virtude da carência de pessoal.

O gestor do HF relatou que passou a desenvolver acompanhamento de alguns grupos de patologia e de pacientes específicos como medida de regulação interna, em virtude do contrato de gestão, como também utiliza DC ou Protocolos Médicos por iniciativa da direção

em função do contrato de gestão na UTI, urgência, UCI, maternidade. Já no HE, não foi observado nenhum modelo específico de gestão do tratamento.

Em decorrência dos processos de certificação e contratualização, o HE instituiu a ouvidoria. Em virtude do trabalho da ouvidoria, o hospital promoveu inovações nos seus serviços/produtos com base na ouvidoria como, por exemplo, no agendamento de procedimentos, melhoria na assistência, entre outros. Por outro lado, a dirigente do HE relatou não haver regularmente avaliação da satisfação dos usuários. O HF não possui serviço de ouvidoria e nem realiza pesquisa de satisfação dos usuários.

No que diz respeito à assistência hospitalar, nos dois hospitais foi relatada haver as visitas diárias dos familiares aos pacientes, contudo apenas o HF disponibilizava, de maneira regular e oficial, horários e profissionais para prestar informações sobre os pacientes a seus familiares.

O HE não possui Plano de Humanização implementado formalmente, mas foi relatado algumas ações de humanização, em destaque na maternidade e clínica pediátrica. O dirigente do HF relatou o plano de humanização está em fase de elaboração.

Na percepção dos gestores hospitalares é forte e positiva a relação entre melhoria assistencial e inserção do processo de contratualização. Observou-se que o HE utiliza um maior número de mecanismos estruturantes (74,28%) em relação ao HF (65,71%).

Todavia, foi no HF que se encontrou uma vinculação mais perceptível entre estes mecanismos e a inserção dos arranjos contratuais: 12 (dose) das 23 (vinte e três) práticas e estruturas de gestão adotadas como decorrente da adesão ao processo de contratualização (52,17%). Já o HE, atribuiu apenas 9 (nove) das 26 (vinte e seis) práticas e estruturas de qualificação da assistência adotadas como decorrentes da inserção no programa de reestruturação hospitalar (34,61%).



**Tabela 7** - Mecanismos qualificadores da *performance* assistencial e a relação com a contratualização segundo os dirigentes do HE e HF (2012)

Mecanismos qualificadores	HE		HF	
	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização
Patologia clínica 24h	S	I	S	I
Imagem 24h	S	I	S	I
Farmacêutico na farmácia 24h	N	NA	N	NA
Prontuário único (pacientes internos e externos)	S	I	S	I
Dispensação de medicamentos por dose unitária (cada dose) ou por dose individualizada (24h)	S	I	S	I
Comissão de farmácia e terapêutica	S	I	N	NA
Comissão de infecção hospitalar com busca ativa	S	I	S	I
Comissão de avaliação e revisão de prontuários	S	I	S	D
Comissão de revisão de óbitos	S	D	S <sup>2</sup>	S
Comissão de ética médica	S	D	N	NA
Comissão de ética em pesquisa	S	D <sup>1</sup>	N	NA
Comissão de mortalidade materna	S	D	N	NA
Comissão de mortalidade neonatal	S	D	N	NA
Comissão de transplante e captação de órgãos	S	D	S	D
Comitê transfusional	S	S	N	NA
Equipe multiprofissional de terapia nutricional	S	I	S	D
Sessões clínicas periódicas	S	I	S	D
Diretrizes clínicas	S	D	S	D
Gestão de doença/patologia	N	NA	S	D
Gestão de caso/paciente	N	NA	S	D
Estudo de variação da prática médica	N	NA	N	NA
Classificação das internações por gravidade e utilização de recursos	N	NA	S	D
Protocolos de enfermagem	S	D	S	D
Ouvidoria	S	D	N	NA
Vigilância epidemiológica	S	I	S	D
Hemovigilância	S	I	S	D
Farmacovigilância	S	I	S	D
Tecnovigilância	S	I	S	D
Vigilância da saúde do trabalhador	S	I	S	I
Plano de humanização formalmente implantado	N	NA	N	NA
Visitas médicas diárias na internação atualizando prescrição e evolução	S	I	S	I
Visitas de enfermagem diárias na internação atualizando prescrição e evolução	S	I	S	I
Visitas diárias de familiares	S	I	S	I
Horários pré-estabelecidos para prestar informações sobre o paciente pela equipe	N	NA	S	I
Avaliação de satisfação dos usuários ao menos uma vez ao ano	N	NA	N	NA
<b>Balanco</b>	<b>26/35 74,28%</b>	<b>-</b>	<b>23/35 65,71%</b>	<b>-</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

<sup>1</sup> Existente na UFAL.

<sup>2</sup> Abrange as comissões de mortalidade materna e neonatal.

S: Sim; N: Não; I: Independente; D: Decorrente; NA: Não se aplica; NSI: Não sabe informar

#### ***5.1.4 Mecanismos qualificadores do planejamento e gestão e relação com a contratualização***

Nesta seção serão apresentados e analisados a existência de mecanismos qualificadores do planejamento e da gestão existentes nos hospitais estudados bem como a relação destas práticas com o processo de contratualização, conforme encontrado em Lima (2009). Além disso, observou-se também que algumas destas práticas encontram-se no Programa de Reestruturação dos HFs (Portaria MS n. 1721/2005).

A partir da implementação do processo de contratualização, o HE ajustou a composição do conselho diretor para conselho gestor. Nesse sentido, como órgão estratégico da instituição, o conselho gestor tem como presidente o reitor da Universidade, e a composição compreendem a diretoria do hospital (direções geral, técnica, de ensino, de enfermagem e administrativa), todos os diretores das faculdades da área de saúde, representantes dos pacientes, dos técnicos administrativos, do sindicato e dos estudantes. Entretanto, como o HE é um órgão de apoio ao ensino da UFAL, está subordinado ao Conselho Universitário (CONSUNI), órgão de deliberação superior desta universidade. Internamente, não há outras instâncias diretivas no HE.

O HF possui a seguinte composição: Conselho de Mordomos (representantes locais - comunidade, setor público e privado), Mesa Diretora (composta pelo Provedor, tesoureiro e secretário e seus respectivos vices) e a diretoria (composta pelo Provedor, diretor administrativo e diretor médico).

O HE realiza planejamento de suas atividades desde 2002. A partir de então, o planejamento é revisado em média a cada dois anos. Em 2009, foi contratada uma consultoria para revisão do planejamento e introdução da metodologia ‘Gestão por Resultados’. Dessa maneira, foram avaliados e (re)desenhados os principais macroprocessos bem como redefinido metas e indicadores de desempenho, inclusive algumas metas de qualidade relacionadas à contratualização.

Anteriormente a implantação do programa não existia orçamento de receita definido para o hospital. O sistema de repasse era igual para todos os hospitais do SUS, e esse repasse de recursos era condicionado à comprovação de produção, a exceção dos incentivos do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (FIDEPS) e o Incentivo de Apoio à População Indígena (IAPI) destinados aos HE – os quais permanecem com o mesmo valor há mais de 20 e 15 anos respectivamente, e atualmente corresponde a pouco mais de 8% do

orçamento de receita. Tanto o HE quanto o HF não têm sistema de apuração de custos, porém no primeiro, a gestora informou que está em fase de implantação.

Quanto à manutenção dos sistemas de informação oficiais, ambos os hospitais alegaram manter atualizados. Entretanto apenas o HE está inserido no Sistema integrado de administração financeira (SIAFI) até mesmo por se tratar de uma instituição federal de ensino, e sendo assim está subordinada à legislação específica.

**Tabela 8 - Mecanismos qualificadores da gestão e a relação com a contratualização segundo os dirigentes do HE e HF (2012)**

Mecanismos qualificadores	HE		HF	
	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização
Conselho gestor	S	D	S	I
Conselho diretor	N	NA	S	I
Outros colegiados	N	NA	S	D
Planejamento anual de atividade	S	I	S	I
Elaboração do plano diretor (documento)	S	S	N	NA
CNES atualizado	S	D	S	D
SIA atualizado	S	D	S	D
SIH atualizado	S	D	S	D
Sistema de informação informatizado	S	D	S	I
Monitoramento de indicadores	S	D	S	D
Elaboração anual de orçamento	N	NA	S	I
Sistema de custos implantado	N	NA	N	NA
SIAFI atualizado	S	I	-	-
Incentivo de RH	S	I	S	I
Práticas de controle de material de consumo (curva ABC e padronização)	S	D	S	I
Mais de 80% de equipamentos biomédicos patrimoniados	N	NA	S	I
Mais de 60% de equipamentos biomédicos sob manutenção preventiva	S	D	S	I
<b>Balanco</b>	<b>12/17 70,58%</b>	<b>-</b>	<b>14/16 87,50%</b>	<b>-</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

S: Sim; N: Não; I: Independente; D: Decorrente; NA: Não se aplica; NSI: Não sabe informar

Na percepção dos dirigentes é muito forte e positiva a relação entre estruturação gerencial e contratualização, assim como na estruturação assistencial: HE e HF utilizam respectivamente 70,58% e 87,50% dos mecanismos apresentados. Contudo, observou-se que dos mecanismos qualificadores de gestão adotadas pelos hospitais, o HE atribuiu 8 (oito) das 12 (dode) adotadas como decorrentes do processo de contratualização (66,67%), enquanto que o HF, das 14 práticas e estruturas adotadas apenas 5 (cinco) foram decorrentes dos arranjos contratuais com SMS (35,71%).

Especificando mais um pouco sobre as assertivas dos gestores apresentadas na tabela anterior, verificou-se a adoção de todos os mecanismos de apoio ao planejamento

apresentados, exceto análise e proposições visando associação/parcerias com outras organizações de saúde pelo HE.

**Tabela 9** - Mecanismos qualificadores do planejamento e a relação com a contratualização segundo os dirigentes do HE e HF (2012)

Mecanismos qualificadores	HE	HF
Programação de atividades assistenciais com metas (quantitativas) estabelecidas para um determinado período (semestre, ano, etc) - consultas e/ou atendimentos de emergência e/ou internações/cirurgias	S	S
Monitoramento periódico de metas e prazos para os serviços assistenciais com ações gerenciais para ajustes, quando necessários (através de relatórios ou sistemas regulares - mensais ou trimestrais ou semestrais)	S	S
Análise e proposições visando associação/ parcerias com outras organizações de saúde	N	S
Planejamento para investimento tecnológico - aquisição / reposição de equipamentos	S	S
Planejamento para obras e/ou reformas	S	S
Planejamento para desenvolvimento de RH - formação e/ou treinamento	S	S
Planejamento para incorporação de tecnologia da informação - sistemas	S	S
Orçamento elaborado anualmente	S	S
Monitoramento orçamentário regular de receitas e despesas	S	S
<b>Balanco</b>	<b>8/9 88%</b>	<b>9/9 100%</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

S: Sim; N: Não; I: Independente; D: Decorrente; NA: Não se aplica; NSI: Não sabe informar

No que concerne aos sistemas de informação, os dirigentes entrevistados relataram possuir, a exceção do HE cuja dirigente relatou não possui sistema de custos algum e que o sistema de prescrição de medicamentos está em fase de implantação, apenas nas unidades de clínica médica e UTI Geral.

**Tabela 10** - Sistemas de informações existentes automatizados segundo os dirigentes do HE e HF (2012)

Sistema de informações	HE	HF
<i>Administrativos</i>		
Gerenciamento do orçamento	S	S
Gerenciamento do faturamento	S	S
Gerenciamento de compras	S	S
Gerenciamento de materiais	S	S
Controle de medicamentos/farmácia	S	N <sup>4</sup>
Gerenciamento de Recursos Humanos	S	N <sup>4</sup>
Gerenciamento do patrimônio	S	N <sup>4</sup>
Gerenciamento de custos gerais	N <sup>1</sup>	N <sup>4</sup>
Manutenção de equipamentos	S	S
<i>Assistenciais</i>		
Agendamento de consultas	S	S
Agendamento de exames	S	S
Controle de leitos	S	S
Controle de registro de pacientes	S	S
Relatórios estatísticos de produção	S	S
Controle de Infecção Hospitalar	S	N <sup>4</sup>

Controle do Registro de Morbidade	N <sup>2</sup>	S
Controle de Procedimentos Médicos	N <sup>2</sup>	S
Exames Patologia Clínica – Solicitação	S	S
Exames Patologia Clínica – Resultados	S	S
Exames Imagem – Solicitação	S	S
Exames Imagem – Laudos	S	S
Prescrição de Medicamentos	N <sup>3</sup>	N <sup>4</sup>
<b>Balanço</b>	<b>18/22</b> <b>81,82%</b>	<b>16/22</b> <b>72,73%</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

<sup>1</sup> Não possui sistema de custos algum.

<sup>2</sup> Possui sistemas manuais.

<sup>3</sup> Está em fase de implantação.

<sup>4</sup> Possui sistemas manuais.

S: Sim; N: Não

Conforme a marcação da tabela 11, cada dirigente informou monitorar 3 (três) dos 22 dos indicadores apresentados. Em comum, informaram monitorar a taxa de parto cesáreo. A dirigente do HE informou monitorar ainda a taxa de eventos adversos decorrentes do uso de medicamentos, equipamentos, instrumentos e correlatos e de suspensão de cirurgias.

**Tabela 11** - Indicadores monitorados regularmente segundo os dirigentes do HE e HF (2012)

<b>Indicadores</b>	<b>HE</b>	<b>HF</b>
Taxa de mortalidade pós-48 horas de internação	N	N
Taxa de intercorrências nas internações	N	N
Taxa de eventos adversos decorrentes do uso de medicamentos, equipamentos, instrumentos e correlatos	S	N
Taxa de readmissões hospitalares em até menos de 30 dias	N	N
Taxa de parto cesáreo	S	S
Taxa de suspensão de cirurgias	S	N
Taxa de escaras em pacientes crônicos	N	N
Taxa de quedas (maca, cama, mesa)	N	N
Taxa de ocupação de salas cirúrgicas/parto	N	S
Rendimento de consultas por médico no ambulatório	N	S
Tempo de médio de marcação de consultas – entre marcação e o atendimento	N	N
Taxa de exames por consulta ambulatorial	N	N
Tempo de marcação/realização de exames para consultas ambulatoriais	N	N
Tempo de marcação/realização de exames na internação	N	N
Taxa de repetição de exames	N	N
Taxa de perdas (inutilização) de filmes	N	N
Taxa de repetição de coleta sanguínea para exame	N	N
Taxa de reclamação em relação à alimentação	N	N
Tempo médio entre solicitação de exames e entrega de resultados	N	N
Tempo médio de limpeza de sala cirúrgica	N	N
Tempo médio para liberação do leito pós-alta	N	N
Medicamentos sentinelas que estouram estoque mínimo	N	N
<b>Balanço</b>	<b>3/22</b> <b>13,67%</b>	<b>3/22</b> <b>13,67%</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

S: Sim; N: Não

A dirigente do HE informou que quadrimestralmente a instituição alimenta o Sistema de informações do Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais de Ensino (REHUF). Além dos tradicionais indicadores hospitalares monitorados regularmente como nº de procedimentos agendados e realizados – consultas, exames, internações e cirurgias, bem como taxa de ocupação, média de permanência, taxa de infecção e taxa de mortalidade, são monitorados também taxa de eventos adversos decorrentes do uso de medicamentos, equipamentos, instrumentos e correlatos, taxa de cesariana, taxa de suspensão de cirurgias, taxa de ocupação de salas cirúrgicas/parto, taxa de reclamação em relação à alimentação, sem relação com os processos de certificação e contratualização.

Entretanto, o hospital não realiza com frequência comparações entre os seus indicadores assistenciais apurados e os parâmetros preconizados pela literatura ou resultados de hospitais de excelência, apenas eventualmente, quando necessário.

Já o HF, monitora regularmente os seguintes indicadores: taxa de cesariana, taxa de ocupação de salas cirúrgicas/parto e rendimento de consultas por médico no ambulatório. Adicionalmente, o gestor do HF informou realizar frequentemente comparações entre os seus indicadores assistenciais apurados e os parâmetros preconizados pela literatura e/ou através de resultados de hospitais de excelência. Em ambos os casos, o monitoramento dos indicadores ocorria antes mesmo da pactuação dos arranjos contratuais.

Em relação aos incentivos aos profissionais, a dirigente do HE ponderou que a política de RH dos servidores públicos federais incorpora algumas vantagens aos salários, tais como prêmio por antiguidade, auxílio alimentação e subsídio do pagamento do plano de saúde. O planejamento anal e a execução das atividades de capacitação estão previstos no plano de cargos e salários do servidor público federal, o qual prevê também incentivo à qualificação (pós-graduação, mestrado e doutorado). Há também a avaliação periódica a cada 2 (dois) anos dos servidores público federais. Ainda nesse sentido, é comum o incentivo financeiro para que haja a participação de dirigentes e técnicos em congressos, seminários.

O dirigente do HF relatou que comum haver apoio chefes de setores e diretores da instituição em participar de congressos, seminários e outros eventos relacionados à gestão e assistência em saúde.

**Tabela 12** - Práticas e incentivos de Recursos Humanos segundo os dirigentes do HE e HF (2012)

<b>Indicadores</b>	<b>HE</b>	<b>HF</b>
Ganhos adicionais associados ao alcance de metas de desempenho dos serviços ou do hospital	N	N
Prêmios por antiguidade (tempo de serviço)	S	N
Prêmios por assiduidade	N	N
Prêmios por inovação	N	N
Apoio à participação em congressos	S	S
Apoio à pesquisa	S	N
Apoio para desenvolvimento profissional – graduação, pós-graduação, estágios (incluindo liberação do trabalho e/ou auxílios financeiros)	S	N
Aquisição de publicações científicas	N	N
Planos de saúde e/ou cobertura assistencial médica para funcionários (incluindo no próprio hospital)	S	N
Planos de previdência privada	N	N
Cesta Básica de alimentos	S	N
Creche ou Auxílio creche	S	N
<b>Balanço</b>	<b>7/12 58,33%</b>	<b>1/12 8,33%</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

S: Sim; N: Não

A utilização de mecanismos qualificadores da gestão e da assistência pareceu está incorporado nos ambientes organizacionais analisados. Nesse contexto, é possível afirmar que o grau de utilizações de tais mecanismos está relacionado à complexidade assistencial, conforme encontrado em Lima (2009).

O HE, além de ser mais estruturado tecnologicamente e apresentar um rol de serviços de alta complexidade, possuía um volume maior práticas e estruturas gerenciais e assistenciais, e em decorrência do processo de contratualização adotou um maior número de práticas e estruturas gerenciais. Entretanto, no HF percebeu-se que a inserção dos arranjos contratuais fomentou a adoção de um maior número de mecanismos de melhoria assistencial.

É importante destacar a forte percepção que os gestores hospitalares relatam quanto à inserção dos hospitais na rede assistencial. Ambos os gestores destacaram a abertura de novos leitos, novos serviços oferecidos. Apenas a gestora do HE destacou um incremento na regulação dos serviços pelo município, como também na oferta de serviços em algumas especialidades. O dirigente do HF, apesar de pouco tempo de adesão ao programa de reestruturação, observou um estreitamento da relação com o gestor municipal e maior abertura do MS para aprovação de novos projetos de financiamento com vistas ao aumento da complexidade assistencial.

## **5.2 Caracterização da contratualização**

Nesta seção são analisadas as características do processo de contratualização nos dois ambientes organizacionais estudados. Conforme em Lima (2009), os seguintes aspectos foram destacados: renovação da certificação, do POA e do orçamento do convênio, composição do POA, mecanismos de avaliação e monitoramento das metas e indicadores, sistemática de repasse dos recursos, de bonificação e penalidades pelo desempenho.

Posteriormente, são apresentadas as percepções dos dirigentes dos hospitais acerca dos aspectos facilitadores, das dificuldades encontradas, benefícios advindos e proposições ao processo.

### ***5.2.1 Componentes do processo de contratualização***

Antes da 1ª pactuação de metas e assinatura do convênio, em 2006, o HE passou pelo processo de certificação hospitalar, posteriormente renovou a certificação no ano de 2011 (Tabela 13). O primeiro convênio assinado foi em 2006, depois foi pactuado um novo convênio em 2009. No final de 2013 foi assinado o 3º convênio com o município. Em todos os processos de pactuação das metas, participaram da parte do HE o Diretor Geral, diretor técnico, diretor administrativo e equipe técnica de apoio – técnicos de nível superior, da parte da SMS, a Subsecretária de saúde do município e assessores. Apenas no 1º convênio participou a equipe técnica dos MS e MEC.

O Programa de reestruturação e contratualização para os Hospitais Filantrópicos não previu processo de certificação nos moldes da aplicada nos hospitais de ensino (Tabela 13). Foi exigido o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos (Decreto Presidencial n. 2.536/1998 e posteriormente Lei n. 12.101/2009, Decreto Presidencial n. 7.237/2010 e Decreto Presidencial n. 7.300/2010) e a formalização da adesão à contratualização como pré-requisito para entrada no Programa de Reestruturação. O 1º convênio foi assinado em 2010, com metas e indicadores previstos para 2011.

Portanto, em todos os anos subsequentes houve repactuação de metas, indicadores e orçamento. Em todos os processos participaram, da parte do hospital, o Diretor Geral, o diretor médico, o diretor administrativo, e equipe de técnicos, da parte da SMS, a secretário de saúde do município e assessores.



Em ambas as instituições, a contratualização foi formalizada pela assinatura de convênio e pactuação de metas e indicadores entre os hospitais e a SMS dos municípios onde estão localizados. Posteriormente, os convênios foram publicados no Diário Oficial da União, sendo o do HE homologado pelos MS e MEC, enquanto que o do HF teve a homologação apenas do MS.

Quanto à composição dos Planos Operativos, apenas o HE possui metas e indicadores que abrangem as áreas de assistência, inserção na rede, gestão, ensino e pesquisa. Já no HF, o POA metas e indicadores de assistência, gestão e inserção na rede, conforme especificidades do referido programa para os HFs (Tabela 13).

**Tabela 13** - Caracterização do processo de contratualização segundo os dirigentes do HE e HF (2012)

Processo de contratualização	HE	HF
Hospital com certificação renovada ou em processo	S	N
POA elaborado de forma conjunta pela SMS e hospital	S	S
POA e orçamento renovados após 1 ano do primeiro convênio com termo aditivo	N	S
<b>Dimensões contempladas no POA com metas e indicadores</b>		
Assistência	S	S
Inserção na rede	S	S
Gestão	S	S
Ensino	S	N
Pesquisa	S	N

**Fonte:** Dados da pesquisa

S: Sim; N: Não; NA: Não se aplica.

Conforme tabela 14, o convênio do HE/SMS possui uma parte fixa (74,5%) e uma variável (25,5%). A parte pré-fixada corresponde à remuneração dos procedimentos de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) somados aos incentivos – anteriores ao convênio (FIDEPS e IAPI) e aqueles decorrentes deste (Incentivo contrato de Gestão e Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários). Os recursos são repassados em parcelas mensais e não são aplicadas penalidades em caso do não cumprimento das metas e indicadores. A parte variável corresponde ao pagamento dos procedimentos de alta complexidade e estratégicos. Os recursos são repassados mensalmente conforme a comprovação dos procedimentos realizados.

O convênio HF/SMS, conforme o perfil do hospital, contempla as atividades de média complexidade realizadas na instituição, sendo 100% fixo. Os recursos são repassados em parcelas mensais e não são aplicadas penalidades em caso do não cumprimento das metas e indicadores.

**Tabela 14** - Composição dos recursos, condições de repasse dos recursos e ocorrência do não cumprimento das metas do convênio segundo os dirigentes do HE e HF (2012)

Recursos do convênio	HE	HF
<b>Composição percentual (%)</b>		
Parte fixa	74,50	100
Parte variável	25,50	NA
<b>Condições de repasse da parte fixa</b>		
Parcelas mensais sem atraso	S	S
Independente de avaliação	S	S
<b>Condições de repasse da parte variável</b>		
Parcelas mensais sem atraso	S <sup>1</sup>	NA
Dependente de avaliação	S	NA
<b>Ocorrência de não cumprimento de metas</b>		
Não cumprimento de metas	S	S
<b>Consequências pelo não cumprimento</b>		
Não recebimento integral da parte variável	N	NA
Não recebimento dos recursos da parte fixa	N	N
Advertência da SMS	N	N

**Fonte:** Dados da pesquisa

S: Sim; N: Não; NA: Não se aplica.

<sup>1</sup> Eventualmente, existe atraso no repasse de recursos de procedimentos estratégicos.

Tanto o HE quanto o HF, os dirigentes relataram que, houve a participação dos chefes das unidades assistenciais para estabelecimentos do quantitativo de procedimentos pactuados, contudo, em ambos os casos não houve a pactuação interna formal.

No HE, a responsabilidade de monitoramento do POA, do orçamento e dos indicadores é fragmentada: metas e indicadores são feitos pela CIG e CDI; e o repasse de recursos pelo setor Financeiro, porém é feita mensalmente. A Direção-geral e direção técnica reúnem-se com frequência para acompanhamento da produção assistencial e, eventualmente, dos indicadores de desempenho (tabela 15). Há uma comissão interna formalmente constituída para acompanhamento das metas e indicadores, porém esta não elabora relatório periódico de avaliação do POA e orçamento. Não há comissão externa de avaliação com representantes do hospital, da SMS e do MS.

No caso do HF, o monitoramento das metas assistenciais e indicadores de é realizado pelo diretor administrativo e equipe de apoio (tabela 15), entretanto, não há uma comissão interna constituída nem comissão externa de avaliação.

**Tabela 15** - Responsáveis pelo monitoramento do POA e orçamento no hospital segundo os dirigentes do HE e HF (2012)

Responsável pelo monitoramento	HE	HF
Diretor geral	S	N
Diretor médico	S	S
Diretor administrativo	N	S
Assessoria técnica	S	N
Gerente financeiro	S	N

**Fonte:** Dados da pesquisa

S: Sim; N: Não; NA: Não se aplica.

Conforme as assertivas advindas dos dirigentes do HE e HF, as rotinas acerca do monitoramento e avaliação das metas e indicadores pactuados são insipientes e não se constituem como atividades robustas para a melhoria da gestão, bem como o aprimoramento do processo.

O acompanhamento das atividades pactuadas e indicadores é realizado, por diretores e assessores diretos, porém não há notificação nem cobrança interna que relate o desempenho dos serviços. Por outro lado, não foram apresentados aos hospitais, por parte das secretarias municipais, documento comprovando o acompanhamento e avaliação rotineiros, nem cobranças formais que tratem do desempenho obtido.

### ***5.2.2 Aspectos facilitadores, dificuldades, benefícios e proposições de ajuste à contratualização***

Nesta seção serão abordados os relatos dos dirigentes dos hospitais acerca dos aspectos facilitadores, dificuldades e benefícios advindos dos respectivos Programas de Reestruturação Hospitalar bem como a percepção destes quanto aos impactos ocasionados na gestão e assistência hospitalar. Em seguida, são apresentadas as sugestões apresentadas dos dirigentes para a melhoria e aprimoramento deste processo.

Como **principais dificuldades**, a dirigente do HE apontou a falta de entendimento das características da instituição como hospital-escola, tanto por parte dos profissionais ligados à assistência ao paciente, quanto por parte do gestor municipal que os contrata. Nesse contexto, a dirigente ponderou que a pactuação do convênio deveria ser com metas factíveis dentro de uma situação de carência de pessoal pela qual passa a instituição.

Um segundo fator que veio prejudicar as primeiras negociações foi a impossibilidade de comprovação de uma capacidade operacional maior por conta da subnotificação de procedimentos dos profissionais assistentes, o que teve como consequência uma média

histórica abaixo da capacidade operacional da instituição e a remuneração da produção abaixo do realizado.

Uma terceira dificuldade enfrentada pelo HE é a descontinuidade das atividades dos gestores municipais diante da mudança de gestores/assessores, em decorrência de eleições, que provocam alteração nas estratégias de negociação, modelo de assistência, procedimentos pactuados, etc.

Em comum, uma dificuldade identificada tanto pela dirigente do HE quanto pelo dirigente do HF apontou a histórica defasagem da tabela de pagamentos do SUS. A remuneração da tabela é abaixo dos custos operacionais. Então, o dirigente do HF relata a dificuldade da instituição em oferecer uma remuneração atrativa aos profissionais, que com frequência, buscam outros serviços de melhor remuneração. Por este fato, o HF tem tido dificuldades em manter constante a oferta de serviços.

Outra dificuldade apontada pelo dirigente do HF é que a demanda por serviços é sempre maior que a oferta do hospital à rede. Nesse contexto, o diretor faz uma reflexão a cerca do sistema de pagamentos: pacientes dos municípios circunvizinhos que têm certo número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) alocadas na cidade do MF mandam um número de pacientes maior que o previsto para pagamento.

Como **fator facilitador**, os dirigentes do HE e do HF relataram a existência um valor fixo com novos incentivos, os quais foram incorporados ao orçamento do hospital. Isto possibilitou a instituição uma maior confiança em programar as despesas. No caso do HE, a dirigente ponderou que a instituição conseguiu sanear suas dívidas durante um bom tempo. Já o diretor do HF acrescentou que a existência de um modelo padronizado de contrato facilitou a negociação com o município. Segundo o dirigente do HF: *"a portaria com as exigências do MS facilitou convencer a equipe de trabalho que se tratava de uma exigência do MS, era uma obrigação que vinculava o recebimento de incentivos financeiros à adesão à contratualização"*. Ainda segundo o dirigente, propiciou também o convencimento interno e envolvimento das pessoas e a autorização da alta gestão da instituição em contratualizar.

Como os **principais benefícios** advindos da contratualização, a dirigente do HE afirmou que os gestores do hospital passaram a ver o hospital como um órgão capaz de se adaptar as mudanças que eram exigidas: *"a programação das atividades assistenciais e das despesas, avaliação e regulação dos processos passou a ser possível com a contratualização"*. As mudanças obrigaram aos gestores terem condutas antes não exigidas de organização, acompanhamento e avaliação dos processos.

Para o dirigente do HF, os benefícios são os repasses regulares e fixos de recursos. Isto permitiu a programar programação das atividades inclusive para o aumento da oferta dos serviços existentes bem como para abertura de novos.

Quanto às ações de capacitação para elaboração dos convênios, planos operacionais e mecanismos de monitoramento, a dirigente do HE relatou que para o 1º convênio e POA, o MEC e MS enviaram para apresentar o processo de contratualização aos gestores do HUPAA e treinar a equipe de técnicos responsáveis em elaborar o POA e convênio, da SMS e do HE. Depois, a dirigente não teve conhecimento de acompanhamento efetivo dos ministérios no monitoramento das metas e cumprimento das condições do contrato, muito menos para a revisão das metas.

Ainda no HE, para o segundo contrato em 2009, o acompanhamento federal foi mais distante, só ocorrido após assinatura do convênio. Em todos os processos de pactuação não houve iniciativa do gestor municipal em capacitar o hospital.

O dirigente do HF afirmou que não houve iniciativa nem do MS nem da SMS em capacitar gestores e técnicos do hospital para elaboração dos contratos, planos operacionais e sistemas de monitoramento dos mesmos. A SMS disponibilizou apenas modelos dos contratos para serem adaptados pela instituição.

Em relação **ao aumento da participação do hospital na rede de serviços**, a dirigente do HE relatou ter observado um aumento do número de procedimentos mais significativos de MC. Por outro lado, a gestora ponderou que o aumento da AC não foi mais significativo por conta do peso dos HFs na AC, segundo a gestora: "eles projetam sua capacidade operacional para a AC e o gestor é passivo em aceitar." A remuneração da MC é muito baixa e desestimula a assistência destes procedimentos nos hospitais filantrópicos, que só mantém por interesse em manter programas de residência médica. O HE não recusa nenhum tipo de paciente, contudo a remuneração da MC é aquém das despesas incorridas.

O dirigente do HF observou que houve a abertura de serviços novos e aumento do número de leitos, entretanto não soube informar o quantitativo.

Alguns **resultados relativos ao impacto da contratualização na gestão e na assistência** foram observados pelos dirigentes. Para a gestora do HE, o convênio evidenciou a necessidade para melhorar nos padrões de assistência bem como o aumento da oferta de serviços, como por exemplo, na assistência materna-infantil, oncologia, nefrologia, neurocirurgia, cirurgias de média complexidade. Dessa maneira, a gestão foi instigada a se preparar, qualificando-se com novas ferramentas de apoio a gerencial, para dar respostas às

exigências da nova política de governo. Segunda a diretora "a iniciativa de se qualificar não foi oferecida pelos ministérios (MEC e MS) nem pela SMS, foi algo pessoal dos gestores, que passaram a se qualificar e capacitar."

Para o diretor do HF, houve mudança na oferta de serviços, embora não saiba afirmar quanto, mas na parte de qualidade da assistência e da gestão houve uma maior evolução. Para ele, "o convênio possibilitou a contratação de mais profissionais, a capacitação e qualificação da gestão e das equipes assistenciais. Os dirigentes e chefes de serviços passaram a se qualificar mais, com cursos de capacitação e atualização, para fazer frente às novas exigências de controle e monitoramento da gestão." Dessa maneira, o hospital começou a investir mais em treinamentos dos gestores e funcionários através da programação anual de RH.

Como **medidas sugeridas para o aperfeiçoamento do processo de contratualização**, a dirigente do HE ponderou que a contratualização para hospitais de ensino deve ser diferenciada dos demais prestadores, a assim contemplar as características do hospital como instituição de ensino, não somente de assistência. Por outro lado, a dirigente afirmou que se deve trabalhar internamente a visão de gestores, chefes e técnicos a justa medida entre assistência e ensino, para saber o quanto de produção pode ser destinada ao ensino e à assistência sem comprometer a sustentabilidade financeira do hospital.

O diretor do HF sugeriu uma tabela mais específica de complementação dos serviços assistenciais, como forma de incentivar maior oferta de serviços. Dessa maneira, o complemento repassado à instituição seria destinado ao aumento da remuneração dos profissionais e subsídio dos materiais de consumo de alto custo.

Outra sugestão é a criação, por parte do gestor municipal, da Comissão Conjunta de Avaliação do Convênio. Esta comissão deverá realizar ações de acompanhamento, avaliação das metas e indicadores, bem como sanar as distorções de regulação dos leitos e de repasse dos recursos dos outros municípios relatadas anteriormente.

## 6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme descrito no início deste trabalho, buscou-se responder o seguinte questionamento: *quais os fatores condicionantes na inserção do processo de contratualização no planejamento e gestão dos hospitais?* Imbuído em obter respostas para este questionamento, foram propostas hipóteses norteadoras, as quais delimitaram a pesquisa e ao mesmo tempo, propuseram resolutividade ao problema destacado.

Inicialmente, foram apresentadas as seguintes hipóteses: primeiramente, a **inserção na rede de serviços de saúde** é incrementada com a contratualização; segunda, os mecanismos qualificadores da **performance organizacional** são aprimorados com a contratualização; terceira, a mudança no **perfil organizacional** é incrementada com a contratualização; e ainda, espera-se que para **dimensões diferentes** de hospitais, obtenha-se resultados diferentes do modelos (inserção de arranjos contratuais).

Como objetivo central, buscou-se *caracterizar e analisar as potencialidades e limites da inserção do processo de contratualização no planejamento e gestão de hospitais no Estado de Alagoas*. Nesse contexto, os objetivos específicos foram:

- 1) identificar as alterações no grau de inserção dos hospitais contratualizados na rede assistencial de saúde pública;
- 2) identificar alterações no perfil organizacional, nível de produção e nos indicadores de desempenho desses hospitais;
- 3) identificar a relação entre a implementação do processo de contratualização e adoção de mecanismos qualificadores da assistência e da gestão desses hospitais;
- 4) caracterizar o processo de contratualização entre os hospitais e respectivas secretarias municipais no tendo como por base as recomendações dos Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e dos Hospitais Filantrópicos; e
- 5) identificar a relação entre a dimensão do hospital e os resultados do modelo.

Os parâmetros utilizados para medir o aumento da participação dos hospitais em suas respectivas redes de assistenciais e sua relação com a contratualização foram a oferta de serviços disponibilizados ao SUS, mecanismos de diversificação de tecnologia para diminuição do tempo de hospitalização e volume de procedimentos realizados.

Quanto à oferta de serviços, observou-se um incremento no total de leitos disponibilizados ao SUS em ambos os hospitais. No caso do HE, houve aumento nos leitos de clínica médica, clínica cirúrgica, UTI Adulto e UCI Neonatal, enquanto que o HF teve

aumento nos leitos de clínica médica, pediatria, obstetrícia e clínica cirúrgica. No que se refere aos mecanismos de cuidados para diminuição do tempo de permanência, os hospitais permaneceram com os já existentes: cirurgia ambulatorial e ambos e hospital-dia apenas no HE.

Quanto ao volume de procedimentos realizados, observou-se um decréscimo na produção geral dos hospitais analisados, destaque maior às atividades de atenção básica, conforme regiam os programas de reestruturação, que passaram a corresponder menos de 2% da produção total. Por outro lado, o HE apresentou aumento expressivo no volume de procedimentos de AC, o que pode ser compreendido pela pré-existência destes serviços antes da contratualização.

Não se pode afirmar que a contratualização contribuiu para o aumento da inserção na rede do SUS, pois se por um lado observou-se uma maior oferta de serviços oferecidos, aumento no número de leitos, por outro, observou-se uma retração na oferta de serviços. Contudo, deve-se creditar a este processo ao aumento da oferta de serviços de AC, observada no HE.

Para identificar alterações no perfil organizacional, nível de produção e nos indicadores de desempenho desses hospitais utilizou-se os seguintes indicadores: as observações dos dirigentes em relação às mudanças ocorridas no perfil assistencial e complexidade dos pacientes; variação da produção assistencial de assistência básica, média e alta complexidade; e variação dos indicadores hospitalares.

A percepção dos dirigentes quanto à mudança de perfil assistencial não correspondeu totalmente à variação observada nos sistemas oficiais de informação – SAI e SIH. Os dirigentes observaram redução da atenção básica, que foi comprovada nos sistemas oficiais. Entretanto, ambos os dirigentes relataram aumento na MC, o que não foi observado nos dados oficiais. O aumento mais expressivo da AC não foi percebido pela dirigente do HE, embora tenha sido registrado um incremento de 77% entre 2006 e 2012.

Os dirigentes entrevistados não perceberam alterações significativas nos indicadores hospitalares. Contudo, a dirigente do HE observou que a taxa de mortalidade seja influenciada pelo aumento de pacientes de maior complexidade atendidos. Relação semelhante foi observada com a média de permanência, cujo aumento pode ter sido influenciado pela dinâmica conferida nos processos de ensino que privilegiam períodos maiores de estudo da evolução do tratamento dos pacientes.



Quanto à relação hipotetizada entre a implementação do processo de contratualização e a adoção das estruturas e práticas de monitoramento da qualidade assistencial, verificou-se que a instituição de ensino utilizava um maior número desses mecanismos em relação à instituição filantrópica (74,28% e 65,71%, respectivamente). Entretanto, na instituição filantrópica foi observado maior número dessas estruturas e práticas decorrentes da contratualização, 52,17%, enquanto que o HE apenas 34,61% foi associado ao processo.

Nesse sentido, observou-se a instituição com assistência mais estruturada e complexa a contratualização não impactou um aumento maior de estruturas e práticas de monitoramento da qualidade assistencial, maior impacto foi observado na instituição menos estruturada, que teve um incremento maior no uso desses mecanismos.

No que concerne aos mecanismos qualificadores do planejamento e da gestão e sua relação com a contratualização, observou-se que o HE utilizava menor número desses mecanismos em relação ao HF (70,58% e 87,51%, respectivamente). Todavia, na instituição de ensino foi observado maior número dessas estruturas e práticas decorrentes da contratualização, 66,67%, enquanto que o HE apenas 35,71% foi associado ao processo. Em relação às práticas de planejamento, ambos os hospitais apresentaram o uso sistemáticos desses recursos, a exceção de um item pelo HE.

O número de sistemas de informação automatizados foi consideravelmente grande, entretanto, a exceção dos indicadores básicos de desempenho da assistência – consultas, exames, internações e demais procedimentos realizados, TO, TI, TMP, TM, a quantidade de indicadores monitorados regularmente foi considerada pouca.

A prática de incentivos profissionais apresentou-se limitada: do lado do HE os incentivos são decorrentes do Plano de Cargos e Carreiras do Serviço Público Federal, não relacionado ao processo de contratualização, enquanto que no HF o incentivo beneficiava apenas aos gestores de serviços e diretoria. Por outro lado, observou-se regularidade no monitoramento do desempenho profissional, sendo mais frequente no HF que no HE.

Em consonância com a percepção dos dirigentes entrevistados, é forte e positiva a relação entre a estruturação no planejamento e na gestão, assim como na estruturação assistencial, entretanto na instituição de maior porte e maior complexidade foi observado maior impacto da implementação do processo. Porém, observou-se que não existe regularidade no monitoramento e avaliação dos indicadores.

Os modelos de Plano Operativo e de convênios obedecem às legislações vigentes para estes hospitais. A composição do POA no HE compreende as dimensões de assistência, de

inserção na rede, de gestão e de ensino e pesquisa, com definição de metas e indicadores para estas áreas. A composição dos recursos financeiros contempla a remuneração fixa – referente à remuneração dos procedimentos de MC e pelos incentivos à contratualização e àqueles relacionados ao perfil de hospital de ensino. Conforme relatado, o montante fixo é repassado mensalmente independente do alcance de metas. A parte variável – que remunera os procedimentos de AC e estratégicos é repassada mediante a produção realizada.

O POA no HF compreende as dimensões de assistência, de inserção na rede, de gestão, com a previsão de metas e indicadores para estas áreas. O convênio possui exclusivamente um montante fixo, compostos pela remuneração dos procedimentos de MC e pelos incentivos à contratualização.

Em ambos os hospitais não foi constatada pactuação formal interna de metas e indicadores, contudo, o processo foi divulgado e apresentado aos chefes de unidades assistenciais para que tomassem conhecimento da existência do convênio.

O acompanhamento das atividades assistenciais e indicadores de desempenho são realizados, porém não rotineiramente por parte dos gestores municipais, o que pode implicado a falta de contratos internos e um acompanhamento mais efetivo dos dirigentes.

Em relação à **dimensão do hospital** e os resultados do modelo, observou-se que a instituição de maior porte apresentou um arranjo contratual mais estruturado bem como um acompanhamento das metas mais constantes.

Segundo a **percepção dos dirigentes** foi positiva inserção da contratualização como instrumento de melhoria da gestão, uma vez que proporcionou a busca pela capacitação e qualificação bem como a implantação e consolidação de sistemas automatizados de controle e avaliação de desempenho, e da assistência, visto que fomentou a estruturação de serviços já existentes, bem como a abertura de novos serviços, tendo em vista o histórico de demanda reprimida nos dois cenários.

Por outro lado, observou-se a necessidade de alguns ajustes no processo de contratualização, conforme observado pelos dirigentes:

- 1) a reformulação dos mecanismos de pagamento, tendo em vista as peculiaridades de cada organização – o alto custo de manutenção dos hospitais de ensino e materiais de consumo de alto custo em procedimentos especializados;
- 2) a melhoria do sistema de regulação da demanda – tendo em vista serem hospitais de referência em seus respectivos municípios; e

3) a criação de mecanismos de monitoramento e avaliação, tendo em vista a correção das distorções apresentadas bem como a melhoria contínua do processo.

Ademais, observou-se uma forte causalidade entre a inserção da contratualização e o avanço das variáveis **inserção na rede de serviços de saúde e mudança no perfil organizacional**, uma vez que as instituições apresentaram tendência em especialização da assistência de maior complexidade, apesar da queda do nível de produção registrado nos sistemas oficiais.

Por fim, outra causalidade positiva encontrada é a relação entre os mecanismos qualificadores da *performance organizacional* e a inserção da contratualização. Observou-se em ambos os casos que além das estruturas e práticas qualificadoras da assistência, da gestão e do planejamento foram adotadas outras tantas. Contudo, não se pode afirmar o grau de melhoria da *performance* organizacional através dos mecanismo apresentados, uma vez que não foi objeto de estudo desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- Alves, A. S. D. (2011). *Responsabilidade e Governança na moderna gestão hospitalar*. Tese de doutorado. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Portugal.
- Carvalho, A. B., Souza, M., Shimizu, H. E., Senra, I. V., & Oliveira, K. (2012). A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, pp. 901-911.
- Cecílio L.C.O. & Mehry E.E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: R. Pinheiro, R.A. Mattos (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 197-210). Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília. Recuperado em 25 abril de 2013, de <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>.
- Cruz M.M. (2011). Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: R. Gondim, V. Grabois, W. V. Mendes Junior (Org.). *Qualificação dos Gestores do SUS*. (ed. 2, p.35-46). Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD. Disponível em: 08 agosto 2013, <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12543&Tipo=B>>.
- FGV. (2008). *Estudos de Contratualização de Hospitais no âmbito do SUS* (UNESCO), São Paulo, SP, Fundação Getúlio Vargas.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Heyer, G. (2011). New public management: A strategy for democratic police reform in transitioning and developing countries. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 34(3), pp. 419 - 433.
- La Forgia, G. M., & Couttolenc, B. F. (2009). *Desempenho hospitalar no Brasil. Em busca da excelência*. São Paulo: The World Bank, Instituto Brasileiro para o Desenvolvimento do Setor Saúde/IBEDESS, Editora Singular.
- Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília DF, Brasil.
- Lima, S. L. (2009). *Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Lobo, M. E., Silva, A. C., Lins, M. P., & Fiszman, R. I. (2009). Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 3, pp. 437-445.
- Machado, S. P. ; Kuchenbecker, R. (2007). Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 871-877.

Mathonnat, J. Contracting is not an end in itself. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 912-913.

Marconi, M. de A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. (5a ed.). São Paulo: Atlas.

Marinho, A. (2001). "Hospitais Universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência". Discussion Paper 833. Rio de Janeiro: IPEA.

McKee, M; Healy, J - Eds (2001). *Hospital in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2001.

MÉDICI, A. C. (2001). Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 149-156.

Médici, A. C. (2001). Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 149-156.

MS. (2004). *Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Especializada, n.3. Brasília - DF, Brasil.

MS. (2012). *A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003 a 2010: uma análise do processo de implantação da contratualização*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília - DF, Brasil.

Or, Z., Casesa, C., Lisach, M., Vrangbæk, K., Winbladd, U., Beva, G. Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. Working paper. IRDES. Paris, França.

Organización Mundial de la Salud (1957). *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. Ser Inform. Tecn.; 122 (4).

Perdicaris, P. R. (2009). *Gestão para resultados como política pública: Uma análise da Formação da Agenda e Formulação de Alternativas em Municípios Brasileiros*. Dissertação de Mestrado, Escola de Administração Pública de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Perdicaris, P. R. (2012). *Contratualização de resultados e desempenho no setor público: A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo*. Tese de Doutorado, Escola de Administração Pública de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Perrot, J. (2006). Different approaches to contracting in health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 859-866.

Pollock, A. M., & Price, D. (2011). The final frontier: The UK's new coalition government turns the English National Health Service over to the global health care market. *Health Sociology Review*, 20(3), 294-305.

Portaria GM/MS n. 3.432 de 12 de agosto de 1998 (1998). Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. Brasília - DF, Brasil.

Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.006, de 27 de maio de 2004. (2004). *Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília - DF, Brasil.

Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.721, de 21 de setembro de 2005. (2005). *Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília - DF, Brasil.

Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. (1995). Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado - PDRAE. Brasília- DF, Brasil.

Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico* (2a ed.). Novo Hamburgo: Feevale. Recuperado em 16 setembro, 2013, de [www.feevale.br/editora](http://www.feevale.br/editora).

Silva, S. F. (2012). Regionalização, formação de redes e governança nos sistemas de serviços de saúde do SUS. In L. F. Damázio & C. A. Gonçalves (Org.). *Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde* (pp. 1-20). Rio de Janeiro: Elsevier

Varela, M. A. (2005). A função do Marketing no sector de serviços de saúde: que necessidades e que aplicações possíveis?. *Galileu: Revista de Economia e Direito*, Universidade Autónoma de Lisboa/Universidade de Coimbra, 10(1), 55-84.

Vecina Neto, G., & Malik, A. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, pp. 825-839.

Vieira, M. M. F. (2006). Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração. In Vieira, M. M. F. & Zouain, D. M. (Org). *Pesquisa qualitativa em administração* (pp. 13-28). Rio de Janeiro: Editora FGV.

WHO (2000). *Toward unit for health - challenges and opportunities for partnership in health development*. Working paper. Genebra, Suíça.

World Bank. (2007). *Brazil governance in Brazil's Unified health system (SUS) raising the quality of public spending and resource management*. report nº 36601-BR.

**DECLARAÇÃO**

Eu, Alba Maria Crescencio Caldas portador(a) do Bilhete de Identidade nº 99001074325 SSP/AL, residente no Loteamento Vert Paradiso, quadra C2, lote 33, Antares, Maceió, Alagoas, Brasil, email [albacaldas@hotmail.com](mailto:albacaldas@hotmail.com), autora da dissertação **Potencialidades e limites da inserção do processo de contratualização como instrumento de planejamento e gestão das organizações de saúde**, defendida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_, declaro sob compromisso de honra que a dissertação entregue corresponde à que foi aprovada pelo Júri nomeado pela instituição de ensino e que conduziu à obtenção do Grau de Mestre.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Alba Maria Crescencio Caldas

### DECLARAÇÃO

Eu, Alba Maria Crescencio Caldas portador(a) do Bilhete de Identidade nº 99001074325 SSP/AL, residente no Loteamento Vert Paradiso, quadra C2, lote 33, Antares, Maceió, Alagoas, Brasil, email [albacaldas@hotmail.com](mailto:albacaldas@hotmail.com), autora da dissertação **Potencialidades e limites da inserção do processo de contratualização como instrumento de planejamento e gestão das organizações de saúde**, defendida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_, autorizo que a dissertação seja divulgada *on line* após dois anos a partir da data em que foi defendida e aprovada, como autorizo a divulgação imediata do resumo e palavras-chave.

Autorizo ainda o envio de um exemplar da dissertação para a Biblioteca da instituição, bem como para a Biblioteca Nacional.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Alba Maria Crescencio Caldas



Anuência para pesquisa na Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos

The screenshot shows the Outlook web interface. The top navigation bar includes buttons for 'Novo', 'Responder', 'Excluir', 'Arquivar', 'Lixo Eletrônico', 'Limpar', 'Mover para', and 'Categorias'. On the left, the 'Pastas' (Folders) pane lists 'Caixa de Entrada' (Inbox), 'Lixo' (Trash), 'Rascunhos' (Drafts), 'Enviados' (Sent), 'Excluídos' (Deleted), 'CERTIFICADOS', 'CIPA', 'ESAF', 'Fotos', 'MESTRADO', 'Paulo e Fábria', 'Pessoal', 'Nova pasta', 'Visualizações r...', 'Documentos', 'Fotos', 'Sinalizadas', and 'Nova categoria'. The main email view shows a message from 'De: Jairo Clementino' sent on 'segunda-feira, 30 de setembro de 2013 11:41' to 'Para: 'Alba Maria Crescencio Caldas''. The body of the email contains the text: 'Bom dia, Alba.', 'Confirmo sua entrevista para quinta. Vou ver a possibilidade de ver antes o questionário para ganharmos tempo.', 'Atenciosamente,', 'Santa Casa de São Miguel dos Campos', 'Jairo Clementino - Dir. Adm. / Financeiro', 'Contato: (82) 9124-0058 / 3271-9433', 'Fax: (82) 3271-9439 / 3271-9418', and a large 'P' followed by 'Antes de imprimir, veja se realmente é necessário.'

## Identificação do projeto no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

## — IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO —

<b>NOME DO ORIENTADOR/PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> Professor Dr. Miguel Varela
<b>CONTATO (TELEFONE / E-MAIL):</b> miguelvarela@isg.pt
<b>NOME DO ESTUDANTE:</b> Alba Maria Crescencio Caldas
<b>CONTATO (TELEFONE/ E-MAIL):</b> (82) 9969-9683; albacaldas@hotmail.com
<b>NOME DA PESQUISA:</b> Potencialidades e limites da inserção do processo de contratualização como instrumento de planejamento e gestão das organizações de saúde.
<b>ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:</b> Mestrado em gestão
<b>TEMPO PREVISTO DE EXECUÇÃO:</b> Previsão de 12 meses
<b>GRADUAÇÃO:</b> Economista
<b>OBJETIVO DO PROJETO:</b> Caracterizar e analisar as potencialidades e limites da inserção do processo de contratualização no planejamento e gestão de hospitais no Estado de Alagoas.
<b>JUSTIFICATIVA:</b> Pretende-se abordar neste trabalho os aspectos relacionados à inserção do programa de reestruturação dos hospitais em Alagoas, no tocante às modificações relacionadas ao grau de inserção na rede, no desempenho organizacional, alterações no perfil organizacional, nível de produção e indicadores de desempenho.
<b>TIPO DE PRODUÇÃO TECNOLÓGICA-CIENTÍFICA:</b> ( X ) Dissertação de Mestrado    ( ) Tese de Doutorado    ( ) Projeto de TCC
<b>ORÇAMENTO IDENTIFICANDO FONTE FINANCIADORA:</b> ( X ) Financiado com recursos próprios ( ) Financiado por agência pública de fomento nacional ( ) Financiado por agência pública de fomento internacional ( ) Financiado por indústria farmacêutica
<b>TIPOS DE PESQUISA:</b> ( ) Pesquisa operacional    ( ) Pesquisa clínica    ( ) Pesquisa básica ( X ) Pesquisa de interesse das políticas públicas de saúde ( ) Pesquisa em inovação tecnológica em saúde
<b>PARECER DA DIREÇÃO DO HU:</b> <div style="text-align: right;"><i>De acordo</i></div>

Prof. Fernando A. M. Guimarães  
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão  
HUPA/UFAL

Assinatura da Direção

Data: 13 / 09 / 13



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

## AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA NO HUPAA/UFAL

Autorizo ao(a) pesquisador(a) **ALBA MARIA CRECENCIO CALDAS** a ter acesso ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas HUPAA/UFAL), objetivando a realização do trabalho de pesquisa, com o título **POTENCIALIDADES E LIMITES DA INSERÇÃO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE** (projeto anexado, entregue em forma digital e cadastrada na direção de ensino), para fins de coleta de dados para sua dissertação de mestrado, devendo o(a) mesmo(a) seguir os preceitos de pesquisa, conforme o que estabelece a Resolução CNS 196/96, itens III.1 “a” e IV.1.”g”, a Constituição Federal Brasileira (1988) art. 5º, Incisos X e XIV; o Código Civil Brasileiro arts.20 – 21, o Código Penal Brasileiro arts. 153-154, o Código de Processo Civil arts. 347, 363 e 406, o Código de Defesa do Consumidor arts. 43-44, a Resolução da ANS (Lei nº 9961 de 28/01/2000), a Resolução Normativa nº 21, o Código de Ética Médica – CFM arts. 11, 70, 102, 103, 105, 106 e 108, a Resolução do CFM nº 1605/2000, 1638/2002 e 1642/2002 e o Parecer CFM nº 08/2005. Só sendo permitido a divulgação dos resultados, preservando a identidade do paciente, em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudo, relacionado à pesquisa.

Macció, 13 de SETEMBRO de 20 13.

*Alba Maria Crecencio Caldas*

Aluno(a)  
Prof. Fernando A. M. Guimarães  
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão  
HUPAA/UFAL

*Fernando Antônio M. Guimarães*

Fernando Antônio M. Guimarães  
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUPAA/UFAL